



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF**  
**Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste**  
**Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF**



**MARÍLIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS**

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL**

**NATAL/RN**  
**2019**

**MARÍLIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS**

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO  
BRASIL**

Trabalho de conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para conclusão da pós-graduação e obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo.

**NATAL/RN**

**2019**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Arrais, Marília Guedes da Silveira.

Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil / Marília Guedes da Silveira Arrais. - 2019.

80f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Dra. Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo.

1. Atenção primária à saúde - Dissertação. 2. Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde - Dissertação. 3. Saúde bucal - Dissertação. I. Rosendo, Tatyana Maria Silva de Souza. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

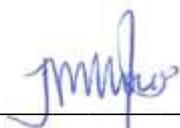
CDU 616.314

Marília Guedes da Silveira Arrais

**Qualidade da Assistência à Saúde Bucal na Atenção Primária no Brasil**

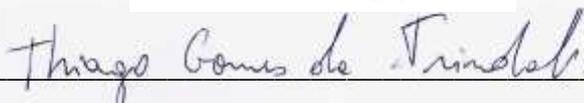
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



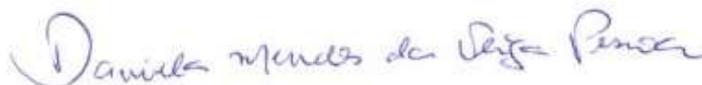
---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo – UFRN  
(Orientadora)



---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Thiago Gomes da Trindade – UFRN  
(Membro Interno)



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Daniela Mendes da Veiga Pessoa – UERN  
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 27 de setembro de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Mário e Graça por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que pudesse superar os obstáculos na caminhada e pelo imenso amor que nutrem por mim;

Ao meu esposo Fellipe e a minha filha Liz, pela compreensão, ao serem privados em alguns momentos da minha companhia e atenção. O amor é o elo que nos une infinitamente. E, eu sou grata a Deus pela nuance de cores e alegria que a presença de vocês traz para a minha vida.

Aos meus irmãos, Lya e Mário Filho, pela torcida e incentivo.

A Professora Dr<sup>a</sup> Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo pelo valioso incentivo e motivação para a realização desta pesquisa. E, pela oportunidade de compartilhar algo tão valioso: o saber.

A professora Maisa Paulino Rodrigues, coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFRN/RENASF/FIOCRUZ e aos amigos de turma que partilharam preocupações, trabalhos, descobertas e conquistas.

A minha secretária, Bruna pela colaboração e companhia.

A minha amiga, Tatiana Carvalho Mendes pela motivação e apoio desde o processo seletivo para o ingresso no Mestrado.

Ao Ministério da Saúde e a RENASF (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família) por ofertar o MPSF com a prioridade de fortalecer a formação científica dos profissionais de saúde.

Por fim, agradeço a Deus, por me guiar, iluminar e abençoar.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a qualidade da assistência à saúde bucal na Atenção Primária em Saúde no Brasil e identificar fatores contextuais socioeconômicos associados. Trata-se de um estudo seccional que teve como unidade de análise todas as equipes de saúde bucal que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – Atenção Básica. A qualidade foi medida nas dimensões: acesso, resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura. Os critérios de qualidade da avaliação externa foram agrupados nas dimensões citadas e ponderados pela técnica de Teoria de Resposta ao Item, bem como foi realizada a técnica de linkage do bancos dos módulos V e VI. O indicador de qualidade da Saúde Bucal foi resultado do cluster das variáveis latentes. Foram realizadas análises descritivas por regiões e de associação entre “Qualidade da Assistência em Saúde Bucal” e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, a partir da regressão Poisson multinível, com significância de 5%. O estudo demonstrou que apenas 25% das equipes de saúde bucal são consideradas boas e a magnitude das diferenças regionais se manifesta, com supremacia no sudeste. A dimensão infraestrutura foi melhor avaliada e a coordenação do cuidado, pior. Não há diferença estatisticamente significativa na análise entre os municípios com alto e baixo IDH. Analisar a qualidade é primordial para que se realize a melhora contínua da qualidade dos cuidados em saúde.

**Descritores:** Saúde Bucal; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The aim of this study was to assess the quality of oral care provided in Brazilian primary care and identify associated contextual socioeconomic factors. This is a cross-sectional study whose unit of analysis was all the oral care teams that participated in an external assessment for the second cycle of the Access and Quality Improvement Program – Primary Care. Quality was measured in the following dimensions: access, resolution, work process, care coordination and infrastructure. The quality criteria of the external assessment were grouped into these dimensions and weighted using Item Response Theory, and the Linkage Technique of the databases of modules V and VI was applied. The indicator of oral care quality was the result of clustering latent variables. Descriptive analyses were performed by region and the association between “Oral Care Quality” and the Municipal Human Development Index (HDI), using multilevel Poisson regression, with 5% significance. The study demonstrated that only 25% of the oral care teams were considered good, with significant regional differences, the southeast performing best. The infrastructure dimension results ranked highest and care coordination lowest. There was no statistically significant difference between municipalities with high and low HDIs. Quality assessment is vital to ensure the continuous improvement of quality healthcare.

Descriptors: Oral Health; Care Quality Assessment; Primary Care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis dos Módulos V (Observação na Unidade Básica de Saúde) e Módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) por dimensões.	.....	35
Tabela 2 - Distribuição das equipes de saúde segundo a qualidade da assistência à saúde bucal por dimensões analisadas e por regiões brasileiras.	.....	37
Tabela 3 - Análise bivariada entre a qualidade da saúde bucal e a variável contextual. Natal, RN, 2019.	.....	38

## LISTA DE SIGLAS

**AAE** – Atenção Ambulatorial Especializada

**AB** – Atenção Básica

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**ACE** – Agente de Combate de Endemias

**AMQ** - Avaliação para Melhoria da Qualidade

**AP** - Atenção Primária

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**ASB** - Auxiliar em Saúde Bucal

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

**DAB** – Departamento de Atenção Básica

**DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**EPS** - Educação Permanente em Saúde

**eSB** – Equipe de Saúde Bucal

**eSF** – Equipe de Saúde da Família

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**EUA** - Estados Unidos da América

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IC** – Intervalo de Confiança

**IDHM** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**IEP** - Instituições de Ensino e/ou Pesquisa

**IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**IOM** - Instituto de Medicina

**MPSF** - Mestrado Profissional em Saúde da Família

**MS** – Ministério da Saúde

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PAB** – Piso da Atenção Básica

**PACS** - Programa Agentes Comunitários de Saúde

**PCAT** - *Primary Care Assessment Tool* - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

**PMAQ** - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PNS** - Pesquisa Nacional de Saúde

**PNSB** – Política Nacional de Saúde Bucal

**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**QualiAB** - Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica

**RN** - Rio Grande do Norte

**RAS** – Redes de Atenção à Saúde

**SB** – Saúde Bucal

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TSB** - Técnico em Saúde Bucal

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

**UF** – Unidade da Federação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Atenção Primária .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Saúde bucal na Atenção Primária .....</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Dimensões analisadas .....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Análise da qualidade .....</b>	<b>22</b>
<b>2.5 PMAQ .....</b>	<b>24</b>
<b>3 OBJETIVOS DA PESQUISA .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>29</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Universo e amostra .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 Procedimentos de coleta de dados .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 Indicadores de qualidade .....</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Análise dos dados .....</b>	<b>33</b>
<b>4.6 Considerações éticas .....</b>	<b>34</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>7 ARTIGO .....</b>	<b>45</b>
<b>8 CONCLUSÕES .....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE A - JUSTIFICATIVA PARA DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar das melhorias advindas do processo de ampliação e reorganização da atenção primária em saúde bucal no Brasil, esse cenário ainda não foi capaz de reverter os problemas no acesso e utilização dos serviços, por muitas vezes persistindo o caráter curativo e mutilador da assistência odontológica (AQUILANTE e ACIOLE, 2015). Bulgareli *et al.* (2014) afirmam que a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência (BULGARELI *et al.*, 2014). Neste sentido, há um movimento internacional de que a melhoria da qualidade dos serviços tem sido destacada como fundamental. Assim sendo, os cuidados de saúde de alta qualidade são os cuidados certos, de forma coordenada, que responda às necessidades e preferências dos usuários do serviço, minimizando danos e desperdício de recursos (OMS, 2018).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Com essa política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral. Houve a inserção de procedimentos mais complexos na atenção primária e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a). Outro aspecto importante é que a expansão da rede básica dos serviços de saúde bucal deve vir acompanhada de inovações no modelo assistencial e no cotidiano do processo de trabalho das equipes, com a superação das práticas odontológicas centradas em procedimentos curativos e individuais (CORRÊA e CELESTE, 2015). Dentro desta ótica, Starfield (2002) sustenta que a atenção primária é centrada nos quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado e oferta de cuidados abrangentes (integralidade do cuidado).

O último levantamento epidemiológico em saúde bucal de âmbito nacional, conhecido como SB-Brasil 2010 mostrou uma distribuição heterogênea da doença cárie, registrando diferenças entre as regiões e os grupos sociais. Comparativamente ao observado em 2003, este padrão de diferenças regionais se manteve (BRASIL, 2011). Já para Scherer e Scherer (2015) as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são marcantes, o que indica necessidade de políticas voltadas para

a equidade na atenção. Apesar dos avanços, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades continuam a ser parte dos principais desafios para o desenvolvimento humano e sustentável. No país, embora tenha ocorrido a redução das desigualdades entre os diferentes grupos sociais, ainda é bastante evidente a existência das disparidades regionais. No Brasil, por exemplo, ainda que ótimos resultados tenham sido alcançados na redução da pobreza, é possível identificar uma nova tendência, de aumento desta, ou seja, de redução da renda per capita da população, com o ingresso de pessoas na situação de pobreza (IPEA, 2019).

Arcaya et al (2015) relatam que qualquer aspecto mensurável da saúde que varie entre os indivíduos ou de acordo com grupos socialmente relevantes pode ser chamado de desigualdade de saúde (ARCAYA, ARCAYA, SUBRAMANIAN, 2015). Neste sentido, importantes variações na distribuição das doenças em populações têm sido atribuídas às formas históricas através das quais os homens distribuem a riqueza em sociedades concretas. Tais disparidades se expressam por meio de renda, educação e classe social, correspondendo, nesse caso, à materialização de desigualdades (VIEIRA-DA-SILVA, ALMEIDA FILHO, 2009). Na saúde bucal, perda dentária é fortemente associada às condições sócio-econômicas e demográficas. Os indivíduos residentes em zona rural, as mulheres, os mais pobres, aqueles com menor escolaridade e com idade mais avançada apresentaram prevalências maiores de perdas dentárias (BARBATO et al., 2007).

No contexto da avaliação dos serviços, um documento publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde sobre a qualidade dos serviços aponta que cuidados de má qualidade não são apenas prejudiciais, mas também desperdiçam recursos que podem ser investidos em outras importantes áreas do desenvolvimento social e econômico para a vida dos cidadãos (OMS, 2018). Já a definição de alta qualidade proposta pela Comissão de Saúde Global é que um sistema de saúde de alta qualidade é aquele que otimiza a saúde e o cuidado em um determinado contexto, que melhora ou mantém os resultados de saúde, sendo valorizado e confiado por todas as pessoas, além de responder às necessidades populacionais (KRUK *et al.*, 2018). Assim sendo, a qualidade da atenção à saúde bucal é entendida como a melhora permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho das ações ofertadas aos usuários.

No Brasil, para estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, no ano de 2011, foi lançado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) – AB, que trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde o qual pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Com relação à adesão, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, em diferentes modalidades, podem aderir ao PMAQ. (BRASIL, 2015).

Para analisar a qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária, identificamos os critérios que subsidiaram esta pesquisa a partir do relatório analítico do Banco de dados do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica). O relatório supracitado é uma oferta do Ministério da Saúde aos trabalhadores e gestores e apresenta temas relevantes para a atenção básica como: acesso, resolutividade, coordenação do cuidado, processo de trabalho e gestão e apoio. Estes critérios contribuíram para a discussão e reflexão sobre a qualidade da assistência à saúde bucal segundo a análise deste estudo (BRASIL, 2019b).

Diante dessa realidade e inspirado no crescimento da institucionalização da avaliação e do monitoramento na atenção básica, optou-se trabalhar com o tema Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil, a partir do banco de dados do PMAQ-AB porque é possível analisar a qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil e identificar se há associação com o nível de desenvolvimento econômico. Logo, a qualidade será analisada a partir das condições de acesso, resolutividade, coordenação do cuidado, processo de trabalho e infraestrutura. E ainda, se há associação entre a qualidade da assistência à saúde bucal e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) nos municípios brasileiros.

Em virtude dos fatos mencionados e o longo período de atuação no cargo de Odontóloga em uma Equipe de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de pequeno porte no Rio Grande do Norte (RN), iniciei meus questionamentos sobre como poderia analisar a qualidade da assistência à saúde bucal ofertada e quais dimensões poderiam ser trabalhadas para chegar a este resultado.

Logo, o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) surgiu como uma oportunidade para pesquisar, não só município que eu trabalhei, mas também as regiões brasileiras, e ao mesmo tempo exercer a minha profissão. Portanto, a presente pesquisa mostra-se extremamente pertinente, pois pode ser uma importante ferramenta para a gestão no que diz respeito à tomada de decisões, além de identificar se há diferenças na qualidade da assistência entre áreas com melhores condições socioeconômicas. Além disso, a medição da qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação de populações e governos em todo o mundo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Atenção Primária

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017, p.8), é princípio da Atenção Primária à Saúde (APS): “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção em Saúde (RAS) - primeiro contato -, acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde”. A PNAB mais recente considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas no documento.

Para Starfield (2002, p.28),

[...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Ainda sobre a atenção primária, o relatório divulgado pela Comissão de Saúde Global, no ano de 2018, afirma que esta tem sido um das principais plataformas para prestação de cuidados de saúde em países, mas, a mudança na carga de doença, a urbanização e o aumento da demanda por serviços especializados e experiência do usuário estão desafiando o modelo atual de cuidado.(KRUK *et al.*, 2018). Por outro lado, Boerma (2010) ressalta existir um consenso entre as organizações internacionais e acadêmicas sobre sistemas de saúde que alicerçam sua organização na atenção primária serem mais eficazes quanto à continuidade do cuidado e a capacidade de resposta da atenção em saúde no geral.

Por definição, a atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que abrange a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos

e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (BRASIL, 2017).

No Brasil, a atenção primária como reordenadora da rede de atenção e cuidado à saúde tem como o principal dispositivo para o alcance de seus objetivos a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que busca incorporar efetivamente os princípios de universalidade, integralidade e equidade, representando a porta de entrada da população aos serviços, com foco de atenção na família, contextualizada em seu ambiente físico e social (VIANA, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), inicialmente concebida com Programa de Saúde da Família (PSF), implantada em 1994 é uma das principais iniciativas, já reconhecida como fundamental para a reorganização dos serviços de saúde, em um caminho que fortaleça também a APS nas políticas de saúde no Brasil. A referida Estratégia está, intimamente, ligada ao Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), esse último tendo nascido nacionalmente em 1991 (FAHEL, SILVA e XAVIER, 2018).

A partir da análise de Mendes (2015), a ESF é uma grande mudança na concepção e implementação da atenção primária no Brasil, vez que a expansão da APS por meio de programa direciona-se para o foco da qualidade das ações. Dessa maneira, qualificar o trabalho e não apenas melhorar dados estatísticos. “Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar” (MENDES, 2015, p.31).

O autor supracitado também afirma que a implantação da ESF sofreu alguma influência de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas sua raiz mais significativa veio da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desenvolvida no estado Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros.

## **2.2 Saúde bucal na atenção Primária**

Após alguns anos, em 2000, através da Portaria 1.444/GM de 2000, houve a inclusão da Odontologia na ESF com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção

e ampliar o acesso às ações de saúde (BRASIL, 2000). Mais adiante, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) a qual objetivava garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2016). A PNSB teve como embasamento epidemiológico a conclusão do Projeto SB Brasil 2003, o qual avaliou as condições da Saúde Bucal da População Brasileira. Ainda convém lembrar que a PNSB possui o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento odontológico na atenção primária e secundária à saúde (BRASIL, 2011a).

Logo, as responsabilidades das Equipes de Saúde Bucal dentro da estratégia são descritas na Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). O documento define as competências para todos os profissionais que compõem as equipes, sendo de responsabilidade do Cirurgião-Dentista (BRASIL, 2017, p.22):

- I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições; crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Uma medida que merece destaque para a inclusão da saúde bucal na ESF foi a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD-1998 (BRASIL, 2004a). Os achados dessa pesquisa evidenciaram que aproximadamente 30 milhões de brasileiros nunca haviam tido acesso a serviços odontológicos, e destes, 20 milhões eram crianças e jovens até 19 anos. Vale assinalar que até o lançamento do Brasil Sorridente, em março de 2004, a atuação do governo federal com a saúde bucal se resumia ao repasse de recursos para cada equipe de profissionais implantada pelo município (BRASIL, 2019a).

Deve-se considerar que o Brasil Sorridente é uma política do governo federal que tem o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Foi a primeira vez que o governo federal desenvolveu uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um programa estruturado, não apenas incentivos isolados à saúde bucal. O número de Equipes de SB em 2002 era de 4.261, já em abril de 2019 são 26.425 equipes. Em relação ao número de municípios atendidos, em 2002 era 2.302 municípios e atualmente são 5.012 municípios, num total de 5.570 em todo o Brasil. Dessa forma, no território nacional ainda tem 558 municípios que não são atendidos pelas ESB da ESF (BRASIL, 2019a).

Sendo assim, a partir da criação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) pôde-se observar grandes avanços na qualidade e abrangência da atenção à saúde bucal, mas também grandes desafios (SCARPARO *et al.*, 2015). Além disso, a saúde bucal é um componente indissociável e integrante da saúde geral, pois muitas doenças sistêmicas têm suas primeiras manifestações na boca e também sofrem consequências da condição de saúde bucal (BUENO e MOYSÉS, 2010).

Outro aspecto importante é que a expansão da rede básica dos serviços de saúde bucal deve vir acompanhada de inovações no modelo assistencial e no cotidiano do processo de trabalho das equipes, com a superação das práticas odontológicas centradas em procedimentos curativos e individuais. Entre as novidades, pode-se citar: o atendimento à demanda reprimida em regiões que anteriormente não possuíam oferta de serviço de saúde bucal à população; à carga-horária de 40 horas semanais e a presença de auxiliares e técnicos em saúde bucal.

(CORRÊA e CELESTE, 2015). Logo, espera-se que a saúde bucal na ESF produza impacto positivo na utilização dos serviços, não somente em função do aumento da oferta, mas também devido à qualidade do cuidado prestado.

Neste mesmo contexto, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010 mostram que o quantitativo exposto nos resultados do relatório é expressivo. Entre os valores, pode-se citar o significativo crescimento das equipes de Saúde Bucal, de 390%, a criação de 865 Centros de Especialidades Odontológicas, a habilitação de 674 municípios com Laboratórios de Próteses Dentárias, a distribuição de 72 milhões de kits de escova e pasta dentária e a ampliação do acesso a água tratada e fluoretada para cerca de 7 milhões de brasileiros. Por outro lado, os dados da pesquisa mostram que 18% das crianças de 12 anos nunca foram a um dentista. Apesar dos avanços, ainda há dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2011a).

No tocante ao contexto social, o último levantamento epidemiológico em saúde bucal de âmbito nacional, conhecido como SB-Brasil 2010 mostrou uma distribuição heterogênea da doença cárie, registrando diferenças entre as regiões e os grupos sociais. Comparativamente ao observado em 2003, este padrão de diferenças regionais se manteve (BRASIL, 2011a). Já para Scherer e Scherer (2015) as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são marcantes, o que indica necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção.

Neste mesmo contexto, Bueno *et al.* (2014) afirmam que para entender a saúde, incluindo a saúde bucal, é imprescindível analisar as populações no contexto das políticas públicas e ações de saúde dirigidas à sociedade. Ao avaliar a relação das condições socioeconômicas e de política de saúde pública com as de saúde bucal nas capitais brasileiras, Silva, Machado e Ferreira (2015) afirmam que apesar da melhoria das condições de vida dos brasileiros, ainda persiste um panorama de iniquidades em saúde bucal. E, os principais agravos em saúde bucal (dentes cariados, ausências dentárias, próteses mal adaptadas, fístula externa ou cicatriz de um abscesso) afetam, especialmente, a população socioeconomicamente menos favorecida.

Vale ressaltar que os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 mostraram que os homens, os idosos, os pretos e pardos, os indivíduos sem instrução

e com nível fundamental incompleto, os residentes na área rural e na região nordeste apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal adequada e de auto percepção da saúde bucal como boa ou muito boa (NICO *et al.*, 2016).

Neste sentido, Escorel, Mendonça e Senna (2007) certificam que apesar da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ter favorecido a qualificação dos serviços públicos de saúde, aspectos estruturais, recursos humanos inadequados, dificuldade de gerenciamento e a transformação de práticas tradicionais representam obstáculos para a integralidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

### **2.3 Dimensões analisadas**

O termo acesso é compreendido na perspectiva do ingresso ou entrada no sistema, relacionado à utilização do mesmo. Assim, entende-se acesso à saúde em sua dimensão sócio - organizacional da assistência, na qual os espaços criados nos serviços fundamentem-se no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários (BARBOSA *et al.*, 2013).

Desta forma, Campos *et al.* (2014) afirmam que o acesso é dificultado por problemas de organização; uso do acolhimento como barreira; falta de recursos humanos e dificuldades em dar seguimento ao tratamento, ainda que a atenção primária seja reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde. Por outro lado, Jesus e Assis (2010) afirmam que o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; configura-se como um “dispositivo” transformador da realidade.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2015). Já o acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário. (CAMPOS *et al.*, 2014).

Observa-se uma tendência de ampliação da abrangência do conceito de acesso, deixando de focar somente a questão da entrada nos serviços para

incorporar também os resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Para Souza *et al.* (2008), acesso e acolhimento são essenciais para o estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, alicerçadas na humanização e nos direitos de cidadania, com dinâmicas interativas e complementares. Marques e Lima (2007) afirmam que acolher é atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para a resolução de problemas.

Outro ponto imprescindível a pontuar é que embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos, têm significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

No caso da saúde bucal, o acesso do usuário pode ser medido pelas primeiras consultas; mas a resolução da necessidade, entretanto, deve incluir o tratamento concluído, ou seja, a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas (THUROW, CASTILHOS e COSTA, 2015).

Também se pode aventar que estar informado sobre a rede de serviços regionais, participar da construção coletiva dos protocolos clínicos, comunicar-se com a equipe e contar com as equipes de apoio matricial são instrumentos que podem auxiliar a ampliação do acesso e da qualidade (CASOTTI *et al.*, 2014).

Já a resolutividade dos serviços de Atenção Básica diz respeito à capacidade de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde da população, com a solução de problemas de saúde do usuário, ofertando desde a consulta inicial e demais procedimentos na AP até o encaminhamento qualificado ao atendimento especializado, quando necessário (BRASIL, 2015).

Assim, o aumento da capacidade resolutiva das equipes de Atenção Básica envolve a disponibilidade de equipamentos e insumos para apoio diagnósticos/terapêuticos, além da existência e uso de protocolos clínicos e de encaminhamento.

Para tanto é importante que sejam realizados investimentos na estrutura física e de equipamentos das UBS (BRASIL, 2015).

Outra dimensão estudada é a coordenação do cuidado, e de acordo com Starfield (2002) a coordenação é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. Já Souza *et al.* (2017) concluem que a capacidade de disponibilizar a informação e a frequência de contato entre os profissionais são elementos importantes para o cuidado abrangente, contínuo e de qualidade.

Para Mendes (2015), na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a coordenação do cuidado constitui qualquer atividade que ajuda assegurar que as necessidades e as preferências dessas pessoas por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais, pessoas e locais de atendimento, sejam realizados de forma oportuna. Já na perspectiva dos profissionais de saúde, há que se considerar que a coordenação do cuidado é uma atividade centrada nas pessoas e nas famílias, destinada a atender às necessidades dessas pessoas, apoiando-as a se moverem, de modo eficiente e efetivo, através do sistema de atenção à saúde.

Além do mais, na perspectiva do Sistema de Atenção à Saúde, a coordenação do cuidado tem como objetivo integrar recursos humanos, materiais e informações necessários para dar suporte às atividades dentro e dentre os diferentes pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e sistemas logísticos (MENDES, 2015).

Em seus estudos, Marques e Lima (2007) afirmam que a demanda por serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário. Ela pode se efetivar por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos, realização de procedimentos, pois é essa a forma como os serviços organizam a sua oferta.

Por outro lado, a gestão deve permitir a estruturação destes novos paradigmas de prática. Portanto, torna-se premente a necessidade dos profissionais em se adequar às novas concepções, com a preocupação em participar da dinâmica do processo de trabalho das suas equipes, visto que é através deste que se estabelecem relações entre o discurso e a prática (PAEGLE, SOUZA e OLIVEIRA, 2012).

A organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe. Já para organizar as ações e serviços de saúde, pode-se citar o planejamento, pois ele cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população (BRASIL, 2008).

Para além dos aspectos citados, o trabalho realizado em equipe e de forma cooperativa, tende a ser mais eficaz no alcance dos resultados almejados, e esse pode ser um indicador a ser utilizado na avaliação da implementação de uma política, como é o caso da saúde bucal (SCHERER *et al.*, 2018).

Por fim, Fahel, Silva, Xavier (2018) afirmam que existe uma necessidade urgente e emergente de investir na formação de todos os envolvidos no processo de trabalho na APS, incluindo a gestão, para um avanço na qualidade e até a própria reconfiguração da APS.

Ao relatar sobre infraestrutura, é imprescindível destacar que garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, incluindo espaço, mobiliário e equipamentos, são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo. E ainda, no tocante aos municípios e distrito federal, garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes (BRASIL, 2017).

Além disso, cada eSF que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (BRASIL, 2017).

No entanto, em pesquisa realizada sobre a atenção em Saúde Bucal no Brasil, Casotti *et al.* (2014) concluíram que a unidade básica de saúde é reconhecida como um importante recurso [...] para o primeiro contato dos usuários em todas as regiões. Entretanto, problemas de infraestrutura e de gestão da porta de entrada ainda são motivos para o deslocamento dos usuários para outros serviços (CASOTTI *et al.*, 2014, p.155).

Em estudo recente, Neves, Giordani e Hugo (2019), evidenciam a importância da disponibilidade de equipamentos e insumos para a atenção odontológica,

enfatizando que atenção odontológica de qualidade requer a presença de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados. (NEVES, GIORDANI, e HUGO, 2019).

As dimensões referidas acima estão descritas no relatório analítico do PMAQ e subsidiaram este trabalho, pois apresentam temas relevantes relacionados à melhoria e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde no Brasil, e seu conteúdo pode ser utilizado por gestores, coordenadores e equipes e profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2019b). A seguir serão abordados o quadro conceitual, a tríade e dimensões que definem a qualidade difundidos por Donabedian, pois estes conceitos estão intrínsecos nesta pesquisa.

## **2.4 Análise da qualidade**

Embora vários elementos de qualidade tenham sido descritos ao longo de décadas, há um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser eficazes, seguros, e centrado nas pessoas. Além disso, a fim de perceber os benefícios da qualidade dos cuidados em saúde, os serviços de saúde devem ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2018).

Logo, analisar e monitorar condições de saúde da população, bem como o acesso e uso de serviços de saúde são condições fundamentais para a orientação das políticas públicas e avaliação da efetividade das iniciativas adotadas (PERES *et al.*, 2012).

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados à suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Logo, a qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores aceitos culturalmente (BRASIL, 2007).

A partir dos seus estudos, Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade (DONABEDIAN, 1980). Para o autor, a estrutura corresponde às características

relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas; e os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população.

A Segunda vertente do quadro conceitual proposto por *Donabedian* é fundamentada em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade. Donabedian (1990) define cada atributo da seguinte forma: EFETIVIDADE (resultado alcançado, ou seja, é o resultado do cuidado obtido na situação real); EFICIÊNCIA (relacionada ao custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada); EFICÁCIA (o melhor que se pode fazer, dadas as condições mais favoráveis); EQUIDADE (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população); ACEITABILIDADE (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias); OTIMIZAÇÃO (processo de se adicionarem benefícios proporcionalmente aos custos acrescidos que justifiquem sua razão de ser); e LEGITIMIDADE (aceitabilidade do cuidado da forma com que é visto pela comunidade ou sociedade em geral).

Recentemente, documento publicado pela OMS identifica sete características mensuráveis dos serviços de saúde que aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Pode-se citar: eficácia, segurança, centralização nas pessoas, pontualidade, integração de cuidados, equidade e eficiência (OMS, 2018).

Sobre os cuidados de saúde de alta qualidade, em relatório divulgado pela Comissão de Saúde Global (KRUUK *et al.*, 2018) “o acesso a cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano e imperativo moral para todos os países”. Além disso, os sistemas de saúde são um poderoso motor para melhorar a sobrevivência e bem-estar da população.

Estes cuidados, em última instância, visam aumentar a probabilidade dos resultados de saúde desejados. E, essa incessante busca reconhece que a melhoria é um processo contínuo ou dinâmico, e não estático. Independentemente do nível de renda de um país. Além disso, a qualidade requer medição e geração de informações. Cuidados de saúde estão mudando o tempo todo, então a qualidade precisa ser

continuamente monitorada e avaliada para impulsionar a melhoria. E, Isso depende de informações oportunas (OMS, 2018).

## **2.5 PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, foram desenvolvidos instrumentos para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde. Entre esses instrumentos, pode-se citar: o PCAT - *Primary Care Assessment Tool* (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde), o QualiAB (Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica), o AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade) e o PMAQ – AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica).

O PCAT é um instrumento de avaliação de serviços de APS utilizado em várias localidades de vários países. Inicialmente, O instrumento foi proposto e validado nos EUA por Cassady *et al.* (2000), liderados pela Professora Barbara Starfield, como escala psicométrica que abrange escores para todos os atributos da APS, assim como duas medidas resumo. Entre as dimensões analisadas estão: extensão da afiliação com um serviço de saúde; acesso de primeiro contato – utilização; acesso de primeiro contato – acessibilidade; longitudinalidade; coordenação - integração de cuidados; integralidade - serviços disponíveis; integralidade - serviços prestados; orientação familiar e orientação comunitária (D'AVILA, 2017).

Já o QualiAB, adotado em 2010 como parte de um programa de apoio à Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, fornece uma avaliação válida, simples e com a possibilidade de retorno imediato para gerentes e profissionais. O instrumento apresentou factibilidade, aceitabilidade, bom poder de discriminação e utilidade para auxiliar a gestão da rede de atenção básica do SUS em São Paulo (CASTANHEIRA, 2011).

Já o projeto AMQ (Avaliação para a melhoria da qualidade) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2005, como parte da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, consistindo de cinco cadernos de auto avaliação normativa e participativa da ESF. Idealizado como um instrumento de auto avaliação da qualidade dirigida para gestores, coordenações e equipes de saúde da família, o projeto buscou

estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, oferecendo aos atores envolvidos ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções para o alcance das situações desejadas. O AMQ utilizou a abordagem sistêmica de Donabedian (estrutura, processo e resultado), enfatizando os elementos de processo com o pressuposto de que a mudança no nível organizacional conduz à melhores resultados (BRASIL, 2007).

No contexto pela institucionalização da avaliação no SUS e buscando contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu o PMAQ-AB, em julho de 2011. O Programa é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2011b). Além de garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

É importante frisar, também, que o PMAQ é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde o qual têm a intenção de mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a contribuir na tomada de decisão e ainda corresponsabilizar os entes federados. Entre os seus objetivos específicos, destacam-se (BRASIL, 2017, p.8):

- I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VII - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a

responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS.

Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o PMAQ-AB induz, avalia e acompanha a implantação e o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas outras ações que compõem a PNAB, exatamente as mais estratégicas, que, por esse motivo, foram priorizadas no programa. Já Akerman e Furtado (2015) afirmam que o PMAQ-AB funciona como dispositivo ao provocar diálogos sobre avaliação, e assim, a avaliação deixa de ter caráter de ordem disciplinar e se constitui em objeto de diálogo e de aprendizagem.

No que diz respeito às suas etapas, o PMAQ está organizado em três fases (Adesão e contratualização; certificação e recontratualização) e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AP. Todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AP produzida e ofertada à população. É pertinente citar que a presença da Cadeira Odontológica em condição adequada é requisito obrigatório para a permanência das equipes de saúde bucal no programa. E, sendo constatada a ausência dessa condição a equipe será considerada desclassificada para fins de certificação de desempenho no Programa (BRASIL, 2015).

No tocante a atenção em saúde bucal, o PMAQ-AB representa a possibilidade de estimular as equipes a refletirem sobre o processo de trabalho por elas desenvolvido, uma vez que oportuniza mudanças no modo de cuidar e gerir o cuidado, permitindo a qualificação das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (VIANA, 2017). Por outro lado, na avaliação realizada com os usuários, o questionário busca perceber como eles acessam e são cuidados nas UBS, mas também tenta colher desde a avaliação global que fazem do serviço à percepção da ambiência das UBS (PINTO, SOUZA e FERLA, 2014).

Segundo Donabedian (1978), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

Neste sentido, o PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a auto avaliação como instrumento que estimule o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo (BRASIL, 2015).

Assim sendo, os processos avaliativos surgem como ferramentas essenciais para aprimorar o desenvolvimento organizacional dos serviços e das práticas de saúde, intensificando os esforços destinados à melhoria da sua qualidade (VIANA, 2017).

A avaliação externa foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Nessa etapa, um grupo de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados pelas IEP, aplicaram instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Foram realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, entrevista com profissionais das equipes participantes e verificação de documentos. E, a partir dos resultados alcançados pelas equipes, foi possível identificar tendências que norteiam e nortearão o planejamento de gestores e trabalhadores (BRASIL, 2015).

Entre os desafios PMAQ-AB no contexto de construção da nova PNAB, Pinto, Souza e Ferla (2014) citam alguns que são fundamentais para o objeto deste estudo: necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis; necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolutividade e longitudinalidade do cuidado; infraestrutura das UBS inadequada e importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade.

No tocante aos limites, Bezerra e Medeiros (2018) relatam que o instrumento de avaliação do PMAQ-AB não explora a negociação do trabalho e a saúde do trabalhador e afirmam que concepção de Educação Permanente em Saúde (EPS) é limitada, embora apresente potencialidades quando investiga a relação das ações de EPS ofertadas e as necessidades das equipes. As autoras também mencionam que caráter competitivo do Programa está explícito em seu modo de configuração do pagamento do componente de qualidade do PAB variável, fundo a fundo, em função do desempenho obtido pelas equipes da AB (BEZERRA, MEDEIROS, 2018).

Logo, pretende-se elucidar os questionamentos sobre a qualidade da assistência à saúde bucal nas diferentes regiões a partir de análise da qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil a partir do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ/AB), pois a disponibilidade e prontidão dos serviços para serem realizados é uma condição necessária para atendimento de qualidade (OMS, 2018).

### **3 OBJETIVOS DA PESQUISA**

#### **3.1 Objetivo geral**

➤ Analisar a qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil a partir da avaliação externa do PMAQ e identificar se há associação com o nível de desenvolvimento econômico.

#### **3.2 Objetivos específicos**

➤ Analisar a qualidade da assistência à saúde bucal a partir das condições de acesso, resolutividade, coordenação do cuidado, processo de trabalho e infraestrutura;

➤ Identificar se há associação entre a qualidade da assistência à saúde bucal e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) nos municípios brasileiros.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Para análise da qualidade da assistência à saúde bucal a partir da avaliação externa do PMAQ, optou-se por realizar um estudo seccional, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados dados do segundo ciclo disponibilizados pelo Ministério da Saúde a partir da dimensão voltada para o cuidado à saúde bucal, em dois módulos do instrumento de coleta, sendo: módulo V – Observação na unidade e módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica. A avaliação externa do PMAQ-AB faz parte de uma pesquisa multicêntrica, realizada em todos os municípios brasileiros pelo MS em parceria com seis instituições de pesquisa, que coletaram seus dados nos anos de 2012/2013, para o primeiro ciclo, 2013/2014 para o segundo ciclo e 2017/2018 para o terceiro ciclo.

### **4.2 Universo e amostra**

O universo desta pesquisa foi constituído por todas as Unidades de Saúde Bucal (Módulo V) e Equipes de Saúde Bucal (Módulo VI) que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. No Brasil foram avaliadas 18.114 equipes de Saúde Bucal.

### **4.3 Procedimentos de coleta de dados**

Foram utilizados os dados secundários contidos nos bancos de avaliação externa do PMAQ-AB segundo ciclo, de livre acesso, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no site com o endereço eletrônico: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo). Ao ponto que foram coletados dados relativos à saúde bucal, presentes nos módulo V - Observação na unidade e módulo VI - Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

#### 4.4 Indicadores de qualidade

Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde foram utilizados os seguintes indicadores de qualidade: Acesso, Resolutividade, Coordenação do Cuidado, Processo de Trabalho e Infraestrutura. Além disso, foi construído um indicador síntese que agrupou todas as dimensões citadas em uma única medida, sendo a variável “Qualidade da assistência à saúde bucal”. Esses indicadores foram construídos a partir da observação nas Unidades e entrevistas aos profissionais das Equipes (Módulos V e VI).

Para cada dimensão, foram selecionados critérios da avaliação externa que tivessem relação com a assistência à saúde bucal, de acordo com o referencial teórico sobre o tema. Os critérios selecionados para compor cada dimensão estão descritos no Quadro 1.

**Quadro 1.** Critérios dos Módulos V (Observação na Unidade Básica de Saúde) e Módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) por dimensões.

Dimensão	CÓDIGO	Variáveis
<b>Acesso</b>	VI.13.1	A agenda de atendimento odontológico garante a consulta por demanda e agendamento?
	VI.13.6	As consultas na Unidade são agendadas em qualquer dia e qualquer horário?
	VI.13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?
	VI.18.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?
	VI.19.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 5 anos de idade?
<b>Resolutividade</b>	VI.16.5.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza drenagem de abscesso?
	VI.16.5.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza sutura de ferimentos por trauma?
	VI.16.5.3	A ESB realiza remoção de dentes impactados?
	VI.16.5.4	A ESB realiza frenectomia?
	VI.16.5.5	A ESB realiza remoção de cistos?
	VI.16.5.6	A ESB realiza acesso a polpa dentária
	VI.16.5.7	A ESB realiza aplicação tópica de flúor?
	VI.16.5.8	A ESB realiza exodontia de dente decíduo?
	VI.16.5.9	A ESB realiza exodontia de dente permanente?
	VI.16.5.10	A ESB realiza restauração de amálgama?
	VI.16.5.11	A ESB realiza restauração de resina composta?
	VI.16.5.12	A ESB realiza restauração de dente decíduo?
	VI.16.5.13	A ESB realiza pulpotomia?
	VI.16.5.14	A ESB realiza raspagem, alisamento e polimento supra gengivais?

	VI.16.5.15	A ESB realiza tratamento da alveolite?
	VI.16.5.16	A ESB realiza ulotomia/ulectomia?
	VI.16.5.17	A ESB realiza cimentação de prótese?
	VI.16.6	A ESB realiza tratamento concluído?
	VI.17.3	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?
<b>Processo de Trabalho</b>	VI.7.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas atividades mensalmente?
	VI.7.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?
	VI.7.3	A ESB recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?
	VI.7.4	A gestão disponibiliza para a ESB informações que auxiliem a análise de situação de saúde?
	VI.7.5	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?
	VI.13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?
	VI.20.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?
	VI.22.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?
<b>Coordenação do Cuidado</b>	VI.14.1	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?
	VI.14.4	A Equipe de Saúde Bucal mantém registrado os usuários encaminhados para outros pontos de atenção?
	VI.15.1	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?
	VI.15.2	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?
	VI.15.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?
	VI.17.2	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?
<b>Infraestrutura</b>	V 7.1	Possui amalgamador
	V 7.2	Possui aparelho de RX odontológico
	V 7.4	Possui autoclave
	V 7.5	Possui avental de chumbo
	V 7.6	Possui cadeira odontológica
	V 7.7	Possui cuspeira
	V 7.8	Possui sugador
	V 7.9	Possui refletor
	V 7.10	Possui mocho
	V 7.12	Possui caneta de alta rotação
	V 7.13	Possui caneta de baixa rotação
	V 7.14	Possui compressor de ar com válvula de segurança
	V 7.15	Possui fotopolimerizador
	V 7.19	Possui caixa de revelação
	V 9.9	Possui brocas diversas
V 9.12	Possui luvas, óculos, mascaras, aventais, tocas	
V 9.15	Possui fixador e revelador para radiografia	

Fonte: Brasil, 2018.

Realizou-se um *linkage* dos bancos do módulo V com o módulo VI a partir da variável do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Como o banco do módulo V possuía menor quantidade de dados, porque contém apenas

informações por unidade de saúde, ao fazer o *linkage*, as informações das unidades se repetiram para as equipes quando havia mais de uma equipe por unidade de saúde.

Os critérios foram ponderados *a posteriori* pela Teoria de Resposta ao Item (TRI), que avaliou o poder discriminatório de cada um deles. Critérios com baixo poder discriminatório foram excluídos, de modo que ao final, foram mantidos critérios com capacidade de discriminar as diferenças existentes entre as equipes analisadas. Além disso, foram excluídos critérios que possuíam poder discriminatório muito alto que impediu o ajuste do modelo.

Foi obtida, para cada dimensão, uma variável latente ponderada pelo poder discriminatório dos critérios, sintetizando todos eles em uma única medida. Em seguida, foram formados *clusters* dessa variável latente, que foram classificados em três categorias: 1 = Boa Qualidade, 2 =Moderada Qualidade e 3=Baixa Qualidade. O indicador síntese de Qualidade da Assistência à Saúde da Bucal foi obtido a partir do agrupamento das variáveis latentes das quatro dimensões que também foram agrupados nas três categorias citadas acima.

Ao final, realizou-se novamente mais um *linkage* no banco, desta vez, com o banco de variáveis contextuais do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (PNUD, 2013).

Para a análise de associação com os indicadores da qualidade da assistência, a variável contextual das características socioeconômicas utilizada foi o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Esta variável foi obtida a partir dos bancos de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (PNUD,2013).

#### **4.5 Análise dos dados**

A análise descritiva foi realizada através de frequências absolutas e relativas onde foi observada a qualidade por dimensão e a qualidade da assistência à saúde bucal no geral, segundo as regiões do Brasil.

A análise de associação escolhida foi a regressão de Poisson multinível, com interceptos variáveis, tendo como variáveis dependentes a “Qualidade da Assistência em Saúde Bucal”. A variável independente do nível contextual (municípios) foi o IDH-

M. Para a análise bivariada, as variáveis dependentes e independentes foram dicotomizadas. Todas as análises de associação consideraram a significância de 5%.

#### **4.6 Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL/UFRN) e foi aprovada com parecer nº: 2.932.991/18.

## 5 RESULTADOS

Neste estudo, 18.114 equipes de saúde bucal no Brasil foram avaliadas. No tocante a tabela 1, seguem os critérios dos módulos V e VI por dimensões e respectivos coeficientes e intervalos de confiança. No que concerne a dimensão acesso, foram selecionadas 05 variáveis, porém 03 delas foram excluídas devido ao seu baixo poder discriminatório. No entanto, de acordo com os resultados construídos neste estudo, as variáveis VI.18.1 e VI.19.1 não geraram a variável latente por não conseguirem ajuste no modelo estatístico na TRI. Portanto, esta dimensão foi excluída da análise.

Ao tratarmos sobre a dimensão resolutividade foram selecionadas 19 critérios, porém 8 destes foram excluídos devido ao seu baixo poder discriminatório. Quanto a dimensão processo de trabalho foram selecionadas 08 critérios, porém 02 destes foram excluídos pelo mesmo motivo. Para os achados sobre a dimensão coordenação do cuidado foram selecionadas 06 variáveis, no entanto, um critério foi excluído devido ao seu baixo poder para realizar discriminação. Por fim, para o estudo da dimensão infraestrutura foram selecionados 17 critérios, porém 6 destes também foram excluídos devido ao seu baixo poder discriminatório. Os critérios que possuem baixo poder discriminatório foram os que apresentaram resultados menor que um.

**Tabela 1.** Variáveis dos Módulos V (Observação na Unidade Básica de Saúde) e Módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) por dimensões.

Dimensão	CÓDIGO	Variáveis	Coeficiente	Intervalo de confiança
<b>Acesso *</b>	VI.13.1	A agenda de atendimento odontológico garante a consulta por demanda e agendamento?	--	--
	VI.13.6	As consultas na Unidade são agendadas em qualquer dia e qualquer horário?	--	--
	VI.13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	--	--
	VI.18.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?	--	--
	VI.19.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 5 anos de idade?	--	--
<b>Resolutividade</b>	VI.16.5.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza drenagem de abscesso?	1.16	1.08 - 1.24
	VI.16.5.6	A ESB realiza acesso a polpa dentária	2.23	2.08 - 2.38
	VI.16.5.7	A ESB realiza aplicação tópica de flúor?	1.54	1.38 - 1.69
	VI.16.5.8	A ESB realiza exodontia de dente decíduo?	2.54	2.29 - 2.78
	VI.16.5.9	A ESB realiza exodontia de dente permanente?	2.04	1.86 - 2.22

	VI.16.5.11	A ESB realiza restauração de resina composta?	1.72	1.57 - 1.87
	VI.16.5.12	A ESB realiza restauração de dente decíduo?	2.75	2.47 - 3.02
	VI.16.5.13	A ESB realiza pulpotomia?	2.09	1.95 - 2.23
	VI.16.5.14	A ESB realiza raspagem, alisamento e polimento supra gengivais?	1.80	1.65 - 1.94
	VI.16.5.15	A ESB realiza tratamento da alveolite?	1.66	1.55 - 1.77
	VI.16.5.16	A ESB realiza ulotomia/ulectomia?	1.17	1.10 - 1.24
<b>Processo de Trabalho</b>	VI.7.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas atividades mensalmente?	1.19	1.12 - 1.26
	VI.7.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?	1.88	1.79 - 1.97
	VI.7.3	A ESB recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	2.79	2.63 - 2.95
	VI.7.4	A gestão disponibiliza para a ESB informações que auxiliem a análise de situação de saúde?	3.24	3.02 - 3.47
	VI.13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?	1.43	1.34 - 1.52
	VI.22.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?	1.28	1.19 - 1.36
<b>Coordenação do Cuidado</b>	VI.14.1	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?	2.55	2.40 - 2.69
	VI.15.1	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	1.14	1.09 - 1.20
	VI.15.2	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	2.16	2.05 - 2.27
	VI.15.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?	2.32	2.19 - 2.45
	VI.17.2	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?	1.32	1.25 - 1.39
<b>Infraestrutura</b>	V 7.6	Possui cadeira odontológica?	3.71	3.21 - 4.21
	V 7.7	Possui cuspideira?	1.85	1.67 - 2.02
	V 7.8	Possui sugador?	2.94	2.62 - 3.26
	V 7.9	Possui refletor?	3.89	3.34 - 4.44
	V 7.10	Possui mocho?	2.55	2.28 - 2.81
	V 7.12	Possui caneta de alta rotação?	3.31	2.93 - 3.69
	V 7.13	Possui caneta de baixa rotação?	1.62	1.47 - 1.76
	V 7.14	Possui compressor de ar com válvula de segurança?	1.96	1.78 - 2.14
	V 7.15	Possui fotopolimerizador?	1.98	1.80 - 2.16
	V 9.9	Possui brocas diversas?	1.91	1.73 - 2.10
V 9.12	Possui luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas?	1.67	1.51 - 1.83	

\* A dimensão Acesso não teve seus coeficientes de discriminação, nem seus respectivos Intervalos de Confiança, gerados pela TRI devido ao não ajuste do modelo.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das equipes de saúde segundo a qualidade da assistência à saúde bucal por dimensões analisadas e por regiões brasileiras.

**Tabela 2.** Distribuição das equipes de saúde segundo a qualidade da assistência à saúde bucal por dimensões analisadas e por regiões brasileiras. Natal, RN, 2019.

DIMENSÃO	BRASIL/ REGIÃO					
	BRASIL	NORTE	NORDESTE	CENTRO OESTE	SUDESTE	SUL
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Saúde Bucal</b>						
Boa	4448 (25,1%)	409 (32,9%)	1624 (21,5%)	515 (33,4%)	1182 (24,2%)	718 (29,1%)
Regular	9414 (53,2%)	373 (30,0%)	3649 (48,3%)	643 (41,7%)	3206 (65,5%)	1543 (62,5%)
Ruim	3845 (21,7%)	461 (37,1%)	2289 (30,3%)	385 (25,0%)	503 (10,3%)	207 (8,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>17707 (100%)*</b>	<b>1243 (100%)*</b>	<b>7562 (100%)*</b>	<b>1543(100%)*</b>	<b>4891(100%)*</b>	<b>2468 (100%)*</b>
<b>Resolutividade</b>						
Boa	5827 (32,2%)	401 (31,7%)	2723 (35,4%)	534 (34,0%)	1507 (30,0%)	662 (25,9%)
Regular	8968 (49,5%)	443 (35,1%)	2987 (38,8%)	730 (46,4%)	3125 (62,2%)	1683 (65,9%)
Ruim	3319 (18,3%)	419 (33,2%)	1990 (25,8%)	308 (19,6%)	395 (7,9%)	207 (8,1%)
<b>TOTAL</b>	<b>18114(100%)</b>	<b>1263(100%)</b>	<b>7700(100%)</b>	<b>1572 (100%)</b>	<b>5027(100%)</b>	<b>2552(100%)</b>
<b>Processo de Trabalho</b>						
Boa	8521 (47,0%)	426 (33,7%)	3964 (51,5%)	567 (36,1%)	2468 (49,1%)	1096 (42,9%)
Regular	5355 (29,6%)	355 (28,1%)	2110 (27,4%)	492 (31,3%)	1556 (31,0%)	842 (33,0%)
Ruim	4238 (23,4%)	482 (38,2%)	1626 (21,1%)	513 (32,6%)	1003 (20,0%)	614 (24,1%)
<b>TOTAL</b>	<b>18114(100%)</b>	<b>1263(100%)</b>	<b>7700(100%)</b>	<b>1572(100%)</b>	<b>5027(100%)</b>	<b>2552(100%)</b>
<b>Coordenação do Cuidado</b>						
Boa	5027 (27,8%)	588 (46,6%)	2437 (31,6%)	564 (35,9%)	986 (19,6%)	452 (17,7%)
Regular	6414 (35,4%)	220 (17,4%)	2340 (30,4%)	390 (24,8%)	2389 (47,5%)	1075 (42,1%)
Ruim	6673 (36,8%)	455 (36,0%)	2923 (38,0%)	618 (39,3%)	1652 (32,9%)	1025 (40,2%)
<b>TOTAL</b>	<b>18114(100%)</b>	<b>1263(100%)</b>	<b>7700 (100%)</b>	<b>1572(100%)</b>	<b>5027(100%)</b>	<b>2552(100%)</b>
<b>Infraestrutura</b>						
Boa	14805 (83,6%)	929 (74,7%)	6086 (80,5%)	1336 (86,6%)	4369 (89,3%)	2085 (84,5%)
Regular	2415 (13,6%)	235 (18,9%)	1166 (15,4%)	189 (12,2%)	475 (9,7%)	350 (14,2%)
Ruim	487 (2,8%)	79(6,4%)	310 (4,1%)	18 (1,2%)	47 (1,0%)	33 (1,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>17.707(100%)**</b>	<b>1243(100%)**</b>	<b>7562(100%)**</b>	<b>1543(100%)**</b>	<b>4891(100%)**</b>	<b>2468(100%)**</b>

\* A análise da Saúde Bucal apresentou 407 dados ausentes, destes: 20 foram no território Norte; 138 na região Nordeste, 29 no Centro Oeste, 136 no Sudeste e por fim, 84 no território Sul.

\*\* A dimensão infraestrutura também apresentou 407 dados ausentes, destes: 20 foram na região Norte; 138 no Nordeste, 29 no território Centro Oeste, 136 no Sudeste e por fim, 84 na região Sul.

Fonte: Próprio autor.

Dentre os resultados apresentados na Tabela 2, destacam-se os relativos à qualidade da saúde bucal. No Brasil, das equipes analisadas, 25,1% foram consideradas boas; 53,2% regulares e 21,7% ruins. Logo, quando se analisa os territórios com as equipes melhores avaliadas no critério qualidade de saúde bucal, é possível observar que as equipes inseridas nas regiões Sul e Sudeste apresentaram os melhores resultados no critério qualidade da saúde bucal.

Ao tratar sobre a dimensão resolutividade, pode-se observar que o Sudeste e o Sul apresentam padrões de qualidade melhores, apresentando aproximadamente 8% de equipes classificadas como “ruim”. Entretanto, o território Norte é o que apresenta o padrão de qualidade pior. As equipes consideradas boas estão inseridas

no Nordeste e Centro Oeste, e o maior percentual de equipes consideradas regulares, nos territórios Sudeste e Sul.

Quanto à dimensão processo de trabalho, pôde-se observar que o Sudeste e o Nordeste apresentam padrões de qualidade melhores, apresentando, percentuais maiores de equipes registradas como “boa” e menores, de equipes classificadas como “ruim”. Por outro lado, no território Sul estão inseridas as equipes enquadradas como “regular”.

No tocante ao estudo da dimensão coordenação do cuidado, do total de equipes analisadas no país, pode-se observar que as regiões Norte e Centro Oeste apresentam padrões de qualidade melhores. Por outro lado, o território Sul é o que apresenta o padrão de qualidade pior, com 40,2% das equipes avaliadas com o padrão de qualidade ruim. O maior percentual de equipes consideradas “regular” estão localizadas nas regiões Sul e Sudeste.

Para o estudo da dimensão infraestrutura, ao consideramos o contexto nacional, pôde-se observar que o Sudeste, o Centro Oeste, e o Sul apresentam padrões de qualidade melhores. Sendo o Sudeste, a região que apresenta o melhor padrão de qualidade relacionado à infraestrutura. Já as regiões Nordeste e Norte apresentam os piores padrões de qualidade, entretanto, o território Norte é o que apresenta o padrão de qualidade pior.

Concernente à análise bivariada multinível relacionada a qualidade da saúde bucal com a variável independente (IDHM), a hipótese de que quanto melhor o IDH, melhor seria a qualidade de assistência à saúde bucal na atenção primária segundo os dados do PMAQ-AB não se confirmou. Não houve diferença significativa da qualidade da assistência à saúde bucal entre municípios com melhor IDH em relação aos de baixo IDH, conforme as informações expressas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Análise bivariada entre a qualidade da saúde bucal e a variável contextual. Natal, RN, 2019.

Variável	Qualidade da assistência à saúde bucal				
	Boa N(%)	Regular/Ruim N(%)	RP	LI (IC95%)	LS (IC95%)
<i>Nível (municípios)</i>					
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)</b>					
Alto IDH-M	2.237 (25,36%)	6.584 (74,64%)	1		
Baixo IDH-M	2.211 (24,88%)	6.675 (75,12%)	1,017	0,982	1,054

Fonte: Próprio autor.

## 6 DISCUSSÃO

O resultado que chama mais atenção no presente estudo é que apenas um quarto das equipes de saúde bucal são consideradas boas quanto à qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil. Diante desta realidade, destacamos que esta é uma situação preocupante, principalmente, ao se considerar que os critérios utilizados referem-se a condições mínimas na assistência. É possível observar que a magnitude das diferenças regionais ainda se manifesta nas dimensões analisadas, pois, a região sudeste apresentou supremacia em relação as demais em todas as dimensões analisadas. No critério “resolutividade”, vem seguido da região Sul; no critério “processo de trabalho”, pela região Nordeste; na “coordenação do cuidado”, pelo território Norte e, por fim, na “Infraestrutura” pelo Centro Oeste. No entanto, quando analisado o critério “qualidade de saúde bucal no Brasil”, a região Sul obteve o melhor percentual dentre as regiões citadas, quando são analisados os critérios bom e regular agregados.

Neste sentido, em um estudo análogo publicado por Miclos *et al.* (2015) sobre avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros observa-se que o sul apresenta maior percentual dos resultados satisfatórios, seguido da região sudeste, enquanto a região norte apresenta-se com o menor percentual de municípios nessa condição (MICLOS *et al.*, 2015). Estes achados corroboram os resultados encontrados na nossa pesquisa, pois, a qualidade da assistência é pior na região Norte e melhor no Sul e Sudeste. Destaca-se que cuidados de alta qualidade envolvem uma avaliação completa, detecção de condições assintomáticas e coexistentes, diagnóstico preciso, tratamento adequado e oportuno, encaminhamento quando necessário para cuidados hospitalares e cirurgia, e a capacidade de acompanhar o paciente e ajustar o tratamento, conforme necessário (KRUK *et al.*, 2018).

Como a dimensão acesso não gerou variável latente abordaremos alguns aspectos importantes para termos a excluído deste estudo. Neste ponto cabem algumas considerações sobre acesso que podem provocar uma discussão mais ampliada sobre esta dimensão. Neste estudo a dimensão “acesso” não foi usada para criar o indicador de qualidade geral, pois não gerou variável latente. É provável que o fato de não ter tido elementos discriminatórios tenha associação com a baixa oferta

de acesso por todas equipes. Também nesse sentido, se não fosse aplicado a TRI e mantida a dimensão, é provável a redução da qualidade geral.

No campo da saúde bucal, há discussão da influência do acesso na qualidade da assistência, uma vez que o acesso aos serviços odontológicos não necessariamente se traduz em melhoria da saúde bucal dos indivíduos. Em recente estudo, Ely *et al.* (2016) sugerem que a expansão do acesso com a inserção de equipes de saúde bucal, não se traduziu em melhor saúde bucal, pois observaram que jovens de áreas não cobertas por equipes de saúde bucal perderam menos dentes que adolescentes inseridos em áreas cobertas por equipes de saúde bucal (ELY *et al.*, 2016). Também é possível afirmar que usuários do serviço público e aqueles que consultaram dentista há mais tempo mantiveram maior prevalência de perda dentária, bem como, as mulheres apresentaram maiores índices de perdas dentárias (BARBATO *et al.*, 2007).

Além disso, Chaves *et al.* (2017) relatam que o esforço para ampliação do financiamento, infraestrutura e recursos humanos não produziram ampliação em termos de acesso, pois não houve aumento da cobertura da primeira consulta odontológica (indicador que reflete acesso ao sistema público) e esta é uma questão problemática, portanto, merece melhor aprofundamento (CHAVES *et al.*, 2017).

É importante reforçar que acesso sem qualidade pode ser considerado uma promessa de cobertura universal de saúde vazia (OMS, 2018). Além do mais, historicamente, o acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor (BRASIL, 2016). Assim sendo, é necessário o esforço coletivo da gestão e das Equipes da Saúde Bucal para a construção efetiva e de qualidade da dimensão acesso, através da reorganização do processo de trabalho de acordo as necessidades do território e criação de formas participativas que denotem a ampliação da porta de entrada. Fabel, Silva e Xavier (2018) relatam que o desafio persiste e reside na construção de uma rede de cuidados a saúde bucal coerente com os princípios do SUS, que possa garantir os cuidados nos três níveis de atenção (FAHEL, SILVA, XAVIER, 2018).

Na dimensão processo de trabalho, o Nordeste apresentou o melhor padrão de qualidade. Este desenho traz a leitura que o padrão de qualidade já está melhorando

em algumas áreas. Uma das explicações para isso pode estar relacionada à implantação da ESF que iniciou no estado Ceará (localizado no Nordeste) através da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015). O objetivo de qualificar o trabalho e não apenas melhorar dados estatísticos pode ter sido um dos pontos fundamentais para trazer o Nordeste com uma boa qualidade na dimensão processo de trabalho.

Cabe ressaltar também que os padrões de processo de trabalho que formaram a variável latente para a análise da qualidade são de fundamental importância para que o processo de trabalho se concretize. Entre eles: monitoramento e análise dos indicadores; planejamento e programação das atividades e apoio da gestão. É importante salientar que em estudo análogo, realizado em Pernambuco e publicado recentemente por Viana *et al.*(2019) sobre avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na AP, também com dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB, os resultados corroboram os achados desta pesquisa ao serem identificadas correlações entre os indicadores de urgência odontológica, cobertura de escovação dental supervisionada e tratamentos concluídos nos estratos de qualidade relacionados ao processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (VIANA *et al.*, 2019).

Ceccim (2005) afirma que torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho ordenados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. E ainda sugere a construção de equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras uns nos outros na equipe e orientadas para a resolutividade dos problemas de saúde das populações, caso contrário será colocada em risco a qualidade do trabalho (CECCIM, 2005). Logo, é necessário pontuar que a disponibilidade de pessoal não garante, por si só, um bom atendimento. A prioridade é o contínuo desenvolvimento profissional para garantir que os profissionais de saúde mantenham e melhorem seus conhecimentos e habilidades - abrangendo uma ampla gama de competências no trabalho (OMS, 2018). Nesse sentido, a força de trabalho colaborativa é uma maneira específica de descrever os profissionais de saúde que tenham recebido treinamento eficaz sobre educação interprofissional. E, a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas

ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde (OMS, 2010).

No tocante à resolutividade, um estudo sobre a comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento tradicional e Saúde da Família, em Pelotas no Rio Grande do Sul relata que há diferenças favoráveis ao grupo Equipes de Saúde Bucal (eSB), na média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas. Os autores também afirmam que a resolução da necessidade deve incluir o tratamento concluído, ou seja, a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas (THUROW, CASTILHOS e COSTA, 2015). Neste mesmo contexto, em uma pesquisa realizada em Marília (SP), Bulgareli *et al.* (2014) afirmam que fica evidente que as unidades de saúde da família apresentaram melhores índices de resolutividade que as unidades tradicionais (BULGARELI *et al.*, 2014).

Ainda neste contexto, Rodrigues *et al.* (2012) Identificaram inquietações de grande parte dos profissionais em tornar a assistência resolutiva e preocupação com o retorno dos usuários ao serviço, para dar continuidade ao tratamento; prioridades de atendimento da demanda espontânea, com ênfase nas emergências e urgências e dificuldade em realizar levantamentos para reconhecer as necessidades da população adscrita a sua unidade de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Cabe destacar que em uma análise descritiva do PMAQ-AB em Pernambuco observou-se que a maioria das equipes de saúde bucal refere a disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal. Em pouco menos de 20% das equipes, a disponibilidade de insumos odontológicos para procedimentos restauradores foi limitada (LORENA SOBRINHO *et al.*, 2015). Estes achados corroboram os resultados encontrados na nossa pesquisa, pois, a infraestrutura é considerada “boa” (80,5%) nos estados do Nordeste.

Ainda neste contexto é importante relatar que embora insumos como medicamentos e equipamentos sejam comumente contados em pesquisas, estes são fracamente relacionados à qualidade de atendimento que as pessoas recebem (KRUK *et al.*, 2018). Ou seja, infraestrutura adequada não equivale necessariamente a cuidados de alta qualidade (OMS, 2018). No mais, Corrêa e Celeste (2015) ressaltam que um mínimo de estrutura é necessário, mas não suficiente para garantir cuidados de elevada qualidade, pois estes também dependem de outros fatores. Os resultados

encontrados nesta pesquisa corroboram os autores supracitados, pois houve poucas disparidades regionais ao analisarmos esta dimensão.

Cabe ressaltar que os padrões de infraestrutura que formaram a variável latente para a análise da qualidade são os equipamentos e insumos fundamentais para o pleno funcionamento do consultório odontológico. É válido destacar também que nos achados de Neves, Giordani e Hugo (2019) em relação às variáveis elencadas no nível da equipe de saúde e dos equipamentos e insumos para atenção odontológica, observou-se maior prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos quando havia alta e baixa rotação (NEVES, GIORDANI E HUGO, 2019). Lorena Sobrinho *et al.* (2015), observaram que a maioria dos consultórios odontológicos apresentaram disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal, com exceção da autoclave exclusiva para odontologia, o qual não fora identificado em 65% das unidades (LORENA SOBRINHO *et al.*, 2015).

Para a coordenação do cuidado, o maior percentual de equipes consideradas boas estão inseridas na região Norte. Por outro lado, para esta mesma dimensão observamos que os maiores percentuais de equipes consideradas ruins estão inseridas no território sul. Concernente ao contexto citado, Casotti *et al.* (2014) sugerem que o alto percentual de respostas afirmativas quanto à garantia da continuidade do tratamento precisa ser mais bem estudado, pois não condiz com os resultados encontrados sobre perfil do agendamento na atenção primária e sobre o acesso a outros níveis de complexidade, particularmente nas regiões Norte e Nordeste (CASOTTI *et al.*, 2014). Da mesma forma que os autores supracitados, é fundamental importância a realização de novas pesquisas com outras abordagens metodológicas para verificar estes achados.

Para Mendes (2015), as falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde a outra, no caso entre a ESF e a unidade de AAE (Atenção Ambulatorial Especializada), e manifestam-se por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações (MENDES, 2015). Em seus achados Starfield (2002) relata que na maioria dos estudos, a coordenação da atenção é considerada fraca, é por isso também que a autora relata que alcançar a coordenação é um desafio para profissionais de atenção primária devido a fatores como: multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades

técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares (STARFIELD, 2002). Moura *et al.* (2010) relatam que é possível afirmar que há necessidade de implantar e organizar o sistema de referência e contra - referência da área da Odontologia (MOURA, et al., 2010).

A hipótese de que quanto melhor o IDHM, melhor seria a qualidade de assistência à saúde bucal na atenção primária segundo os dados do PMAQ-AB, não se confirmou. A diferença pode não ter sido encontrada porque ao analisarmos o padrão regular na mesma categoria do ruim pode ter mascarado a diferença de baixo IDH com alta cobertura da saúde da família. Na análise bivariada multinível da variável independente (IDHM) com a variável dependente (qualidade de saúde bucal), os resultados encontrados revelam que estatisticamente não há diferença significativa entre os municípios com alto e baixo IDHM.

Recentemente, Tomasi *et al.* (2017) encontraram resultados que corroboram os nossos achados e afirmam que seria esperado que padrão contrário ao do IDH fosse observado, e que quanto maior o número de ESF, mais qualidade na atenção às gestantes, mas as diferenças não apresentaram nenhum padrão nem foram significativas estatisticamente (TOMASI *et al.*, 2017).

Embora não tenhamos encontrado achados significativos ao associar o IDH à qualidade de assistência à saúde bucal, um ponto que precisa ser discutido é a desigualdade social, pois está fortemente associada às dimensões que estudamos para construir a variável qualidade de saúde bucal. Peres *et al.*, 2012 relatam que as desigualdades entre os grupos sociais ainda é grande e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, uma vez que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres (PERES *et al.*, 2012). E, ainda mais, de modo geral, as coberturas tendem a ser maiores em municípios menores e mais pobres, em função das características da implantação e da expansão da estratégia no território nacional ao longo das últimas duas décadas (TOMASI *et al.*, 2017, p. 9). É válido salientar que a ausência de diferença de qualidade na SB, pode ser um fator provocador de equidade quando se tem qualidades semelhantes para populações diferentes, ou pelo menos, não apresentou agravamento das iniquidades.

Assim sendo, é possível compreender as relações de desigualdade, em seu sentido mais amplo, como construções sociais localizadas historicamente e

estabelecidas de forma arbitrária em diferentes momentos históricos e sociais. Entre o rol de justificativas para essas diferenciações está a localização geográfica (rural/urbano, norte/sul, centro/periferia) (MELLO, 2018). Logo, as proporções de pessoas que nunca foram ao dentista segundo renda são mais desiguais entre os mais jovens, o que agrava a situação, considerando que os principais agravos bucais, como a cárie dentária, iniciam-se precocemente, atingindo a dentição decídua (PERES *et al.*, 2012).

É oportuno ressaltar, também, que a qualidade deficiente dos cuidados não contribui apenas para o ônus global das doenças e necessidades de saúde não atendidas, mas também exerce um impacto econômico substancial, com consideráveis implicações de custo para sistemas de saúde e comunidades em todo o mundo (OMS, 2018). Embora os sistemas de saúde tenham uma aparência diferente e em distintas configurações, todas as pessoas devem poder contar com o recebimento cuidados de alta qualidade que melhorarão sua saúde e ganharão sua confiança. É hora de repensar nossas abordagens passadas: cobrar e investir mais neste crucial determinante da saúde (KRUK *et al.*, 2018).

As limitações deste estudo estão relacionadas ao uso de dados secundários e que eles se referem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB no segundo ciclo, e não ao total de unidades básicas de saúde no Brasil.

## **7 ARTIGO**

O artigo foi submetido na revista *Ciência & Saúde Coletiva* e apresenta o conteúdo desta dissertação na íntegra, exceto a revisão de literatura e as referências que foram usadas na revisão.

**TÍTULO:** QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

**TÍTULO EM INGLÊS:** ORAL CARE QUALITY IN BRAZILIAN PRIMARY CARE

### **RESUMO**

O objetivo desta pesquisa foi analisar a qualidade da assistência à saúde bucal na Atenção Primária em Saúde no Brasil e identificar fatores contextuais socioeconômicos associados. Trata-se de um estudo seccional que teve como unidade de análise todas as equipes de saúde bucal que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – Atenção Básica. A qualidade foi medida nas dimensões: acesso, resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura. Os critérios de qualidade da avaliação externa foram agrupados nas dimensões citadas e ponderados pela técnica de Teoria de Resposta ao Item. O indicador de qualidade da Saúde Bucal foi resultado do agrupamento das variáveis latentes. Foram realizadas análises descritivas por regiões e de associação entre “Qualidade da Assistência em Saúde Bucal” e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, com significância de 5%. Apenas 25% das equipes de saúde bucal são consideradas boas. A dimensão infraestrutura foi melhor avaliada e a coordenação do cuidado, pior. Não há diferença estatisticamente significativa na análise entre os municípios com alto e baixo IDH. Analisar a qualidade é primordial para que se realize a melhora contínua da qualidade dos cuidados em saúde.

Descritores: Saúde Bucal; Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The aim of this study was to assess the quality of oral care provided in Brazilian primary care and identify associated contextual socioeconomic factors. This is a cross-sectional study whose unit of analysis was all the oral care teams that participated in an external assessment for the second cycle of the Access and Quality Improvement Program – Primary Care. Quality was measured in the following dimensions: access, resolution, work process, care coordination and infrastructure. The quality criteria of the external assessment were grouped into these dimensions and weighted using Item Response Theory. The indicator of oral care quality was the result of grouping latent variables. Descriptive analyses were performed by region and association between “Oral Care Quality” and the Municipal Human Development Index (HDI), with 5% significance. Only 25% of the oral care teams were considered good. The infrastructure dimension obtained the best results and care coordination the worst. There was no statistically significant difference between municipalities with high and low HDIs. Quality assessment is vital to ensure the continuous improvement of quality healthcare.

Descriptors: Oral Health; Care Quality Assessment; Primary Care.

## INTRODUÇÃO

Apesar das melhorias advindas do processo de ampliação e reorganização da atenção primária em saúde bucal no Brasil, esse cenário ainda não foi capaz de reverter os problemas no acesso e utilização dos serviços, por muitas vezes persistindo o caráter curativo e mutilador da assistência odontológica<sup>1</sup>. Bulgareli *et al.*<sup>2</sup> afirmam que a atenção à saúde bucal no Brasil tem-se caracterizado pela insuficiência de procedimentos coletivos e preventivos individuais e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência<sup>2</sup>. Neste sentido, há um movimento internacional de que a melhoria da qualidade dos serviços tem sido destacada como fundamental. Assim sendo, os cuidados

de saúde de alta qualidade são os cuidados certos, de forma coordenada, que responda às necessidades e preferências dos usuários do serviço, minimizando danos e desperdício de recursos<sup>3</sup>.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Com essa política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral. Houve a inserção de procedimentos mais complexos na atenção primária e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>. Outro aspecto importante é que a expansão da rede básica dos serviços de saúde bucal deve vir acompanhada de inovações no modelo assistencial e no cotidiano do processo de trabalho das equipes, com a superação das práticas odontológicas centradas em procedimentos curativos e individuais<sup>5</sup>. Dentro desta ótica, Starfield<sup>6</sup> sustenta que a atenção primária é a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

O último levantamento epidemiológico em saúde bucal de âmbito nacional, conhecido como SB-Brasil 2010 mostrou uma distribuição heterogênea da doença cárie, registrando diferenças entre as regiões e os grupos sociais. Comparativamente ao observado em 2003, este padrão de diferenças regionais se manteve<sup>4</sup>. Já para Scherer e Scherer<sup>7</sup> as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são marcantes, o que indica necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção. Apesar dos avanços, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades continuam a ser parte dos principais desafios para o desenvolvimento humano e sustentável. No país, embora tenha ocorrido a redução das desigualdades entre os diferentes grupos sociais, ainda é bastante evidente a existência das disparidades regionais<sup>8</sup>.

No contexto da avaliação dos serviços, um documento publicado recentemente pela Organização Mundial de Saúde sobre a qualidade dos serviços aponta que cuidados

de má qualidade não são apenas prejudiciais, mas também desperdiçam recursos que podem ser investidos em outras importantes áreas do desenvolvimento social e econômico para a vida dos cidadãos<sup>3</sup>. Já a definição de alta qualidade proposta pela Comissão de Saúde Global é que um sistema de saúde de alta qualidade é aquele que otimiza a saúde e o cuidado em um determinado contexto, que melhora ou mantém os resultados de saúde, sendo valorizado e confiado por todas as pessoas, além de responder às necessidades populacionais<sup>9</sup>. Assim sendo, a qualidade da atenção à saúde bucal é entendida como a melhora permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho das ações ofertadas aos usuários.

No Brasil, Para estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, no ano de 2011, foi lançado no Brasil o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) – AB, que trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde o qual pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Com relação à adesão, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, em diferentes modalidades, podem aderir ao PMAQ<sup>10</sup>.

Para analisar a qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária, identificamos os critérios que subsidiaram esta pesquisa a partir do relatório analítico do Banco de dados do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica). O relatório supracitado é uma oferta do Ministério da Saúde aos trabalhadores e gestores e apresenta temas relevantes para a atenção básica como: acesso, resolutividade, coordenação do cuidado, processo de trabalho e gestão e apoio. Estes critérios

contribuíram para a discussão e reflexão sobre a qualidade da assistência à saúde bucal segundo a análise deste estudo<sup>11</sup>.

Diante dessa realidade e inspirado no crescimento da institucionalização da avaliação e do monitoramento na atenção básica, optou-se trabalhar com o tema Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil, a partir do banco de dados do PMAQ-AB porque é possível analisar a qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil e identificar se há associação com o nível de desenvolvimento econômico. Logo, a qualidade será analisada a partir das condições de acesso, resolutividade, coordenação do cuidado, processo de trabalho e infraestrutura. E ainda, se há associação entre a qualidade da assistência à saúde bucal e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) nos municípios brasileiros.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de pesquisa**

Para análise da qualidade da assistência à saúde bucal a partir da avaliação externa do PMAQ, optou-se por realizar um estudo seccional, com abordagem quantitativa, no qual serão utilizados dados do segundo ciclo disponibilizados pelo Ministério da Saúde a partir da dimensão voltada para o cuidado à saúde bucal, em dois módulos do instrumento de coleta, sendo: módulo V – Observação na unidade e módulo VI – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica. A avaliação externa do PMAQ-AB faz parte de uma pesquisa multicêntrica, realizada em todos os municípios brasileiros pelo MS em parceria com seis instituições de pesquisa, que coletaram seus dados nos anos de 2012/2013, para o primeiro ciclo, 2013/2014 para o segundo ciclo e 2017/2018 para o terceiro ciclo.

### **Universo e amostra**

O universo desta pesquisa será constituído por todas as Unidades de Saúde Bucal (Módulo V) e Equipes de Saúde Bucal (Módulo VI) que participaram da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.

### **Procedimentos de coleta de dados**

Foram utilizados os dados secundários contidos nos bancos de avaliação externa do PMAQ-AB segundo ciclo, de livre acesso, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no site com o endereço eletrônico: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo). Ao ponto que foram coletados dados relativos à saúde bucal, presentes nos módulo V - Observação na unidade e módulo VI - Entrevista com Profissional da Equipe de Saúde Bucal e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde.

### **Indicadores de qualidade**

Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde foram utilizados os seguintes indicadores de qualidade: Acesso, Resolutividade, Coordenação do Cuidado, Processo de Trabalho e Infraestrutura. Além disso, foi construído um indicador síntese que agrupou todas as dimensões citadas em uma única medida, sendo a variável “Qualidade da assistência à saúde bucal”. Esses indicadores foram construídos a partir da observação nas Unidades e entrevistas aos profissionais das Equipes (Módulos V e VI).

Para cada dimensão, foram selecionados critérios da avaliação externa que tivessem relação com a assistência à saúde bucal, de acordo com o referencial teórico sobre o tema. Os critérios selecionados para compor cada dimensão estão descritos no Quadro 1.

**Quadro 1.** Critérios dos Módulos V (Observação na Unidade Básica de Saúde) e Módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) por dimensões.

<b>Dimensão</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>Variáveis</b>
<b>Acesso</b>	VI.13.1	A agenda de atendimento odontológico garante a consulta por demanda e agendamento?
	VI.13.6	As consultas na Unidade são agendadas em qualquer dia e qualquer horário?
	VI.13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?
	VI.18.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?
	VI.19.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 5 anos de idade?
<b>Resolutividade</b>	VI.16.5.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza drenagem de abscesso?
	VI.16.5.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza sutura de ferimentos por trauma?
	VI.16.5.3	A ESB realiza remoção de dentes impactados?
	VI.16.5.4	A ESB realiza frenectomia?
	VI.16.5.5	A ESB realiza remoção de cistos?
	VI.16.5.6	A ESB realiza acesso a polpa dentária
	VI.16.5.7	A ESB realiza aplicação tópica de flúor?
	VI.16.5.8	A ESB realiza exodontia de dente decíduo?
	VI.16.5.9	A ESB realiza exodontia de dente permanente?
	VI.16.5.10	A ESB realiza restauração de amálgama?
	VI.16.5.11	A ESB realiza restauração de resina composta?
	VI.16.5.12	A ESB realiza restauração de dente decíduo?
	VI.16.5.13	A ESB realiza pulpotomia?
	VI.16.5.14	A ESB realiza raspagem, alisamento e polimento supra gengivais?
	VI.16.5.15	A ESB realiza tratamento da alveolite?
	VI.16.5.16	A ESB realiza ulotomia/ulectomia?
	VI.16.5.17	A ESB realiza cimentação de prótese?
VI.16.6	A ESB realiza tratamento concluído?	
VI.17.3	A Equipe de Saúde Bucal realiza ações de prevenção e detecção do câncer de boca?	
<b>Processo de Trabalho</b>	VI.7.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas atividades mensalmente?
	VI.7.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?
	VI.7.3	A ESB recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?
	VI.7.4	A gestão disponibiliza para a ESB informações que auxiliem a análise de situação de saúde?
	VI.7.5	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela Equipe de Saúde Bucal nos últimos seis meses?
	VI.13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?
	VI.20.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza visita domiciliar?
	VI.22.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?
<b>Coordenação do Cuidado</b>	VI.14.1	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?
	VI.14.4	A Equipe de Saúde Bucal mantém registrado os usuários encaminhados para outros pontos de atenção?
	VI.15.1	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?
	VI.15.2	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?
	VI.15.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?
	VI.17.2	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?
<b>Infraestrutura</b>	V 7.1	Possui amalgamador
	V 7.2	Possui aparelho de RX odontológico
	V 7.4	Possui autoclave
	V 7.5	Possui avental de chumbo
	V 7.6	Possui cadeira odontológica
	V 7.7	Possui cuspideira
	V 7.8	Possui sugador
V 7.9	Possui refletor	

	V 7.10	Possui mocho
	V 7.12	Possui caneta de alta rotação
	V 7.13	Possui caneta de baixa rotação
	V 7.14	Possui compressor de ar com válvula de segurança
	V 7.15	Possui fotopolimerizador
	V 7.19	Possui caixa de revelação
	V 9.9	Possui brocas diversas
	V 9.12	Possui luvas, óculos, mascaras, aventais, tocas
	V 9.15	Possui fixador e revelador para radiografia

Fonte: Brasil, 2018.

Realizou-se um *linkage* dos bancos do módulo V com o módulo VI a partir da variável do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Como o banco do módulo V possuía menor quantidade de dados, porque contém apenas informações por unidade de saúde, ao fazer o *linkage*, as informações das unidades se repetiram para as equipes quando havia mais de uma equipe por unidade de saúde.

Os critérios foram ponderados *a posteriori* pela Teoria de Resposta ao Item (TRI), que avaliou o poder discriminatório de cada um deles. Critérios com baixo poder discriminatório foram excluídos, de modo que ao final, foram mantidos critérios com capacidade de discriminar as diferenças existentes entre as equipes analisadas. Além disso, foram excluídos critérios que possuíram poder discriminatório muito alto que impediu o ajuste do modelo.

Foi obtida, para cada dimensão, uma variável latente ponderada pelo poder discriminatório dos critérios, sintetizando todos eles em uma única medida. Em seguida, foram formados *clusters* dessa variável latente, que foram classificados em três categorias: 1 = Boa Qualidade, 2 = Moderada Qualidade e 3 = Baixa Qualidade. O indicador síntese de Qualidade da Assistência à Saúde da Bucal foi obtido a partir do agrupamento das variáveis latentes das quatro dimensões que também foram agrupados nas três categorias citadas acima.

Ao final, realizou-se novamente mais um *linkage* no banco, desta vez, com o banco de variáveis contextuais do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (PNUD, 2013).

Para a análise de associação com os indicadores da qualidade da assistência, a variável contextual das características socioeconômicas utilizada foi o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Esta variável foi obtida a partir dos bancos de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (PNUD,2013).

### **Análise dos dados**

A análise descritiva foi realizada através de frequências absolutas e relativas onde foi observada a qualidade por dimensão e a qualidade da assistência à saúde bucal no geral, segundo as regiões do Brasil.

A análise de associação escolhida foi a regressão de Poisson multinível, com interceptos variáveis, tendo como variáveis dependentes a “Qualidade da Assistência em Saúde Bucal”. A variável independente do nível contextual (municípios) foi o IDH-M. Para a análise bivariada, as variáveis dependentes e independentes foram dicotomizadas. Todas as análises de associação consideraram a significância de 5%.

### **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL/UFRN) e foi aprovada com parecer nº: 2.932.991/18.

## **RESULTADOS**

Neste estudo, 18.114 equipes de saúde bucal no Brasil foram avaliadas. No tocante a tabela 1, seguem os critérios dos módulos V e VI por dimensões e respectivos coeficientes

e intervalos de confiança. No que concerne a dimensão acesso, foram selecionadas 05 variáveis, porém 03 delas foram excluídas devido ao seu baixo poder discriminatório. No entanto, de acordo com os resultados construídos neste estudo, as variáveis VI.18.1 e VI.19.1 não geraram a variável latente por não conseguirem ajuste no modelo estatístico na TRI. Portanto, esta dimensão foi excluída da análise.

Ao tratarmos sobre a dimensão resolutividade foram selecionadas 19 critérios, porém 8 destes foram excluídos devido ao seu baixo poder discriminatório. Quanto a dimensão processo de trabalho foram selecionadas 08 critérios, porém 02 destes foram excluídos pelo mesmo motivo. Para os achados sobre a dimensão coordenação do cuidado foram selecionadas 06 variáveis, no entanto, um critério foi excluído devido ao seu baixo poder para realizar discriminação. Por fim, para o estudo da dimensão Infraestrutura foram selecionados 17 critérios, porém 6 destes também foram excluídos devido ao seu baixo poder discriminatório. Os critérios que possuem baixo poder discriminatório foram os que apresentaram resultados menor que um.

**Tabela 1.** Variáveis dos Módulos V (Observação na Unidade Básica de Saúde) e Módulo VI (Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde) por dimensões.

Dimensão	CÓDIGO	Variáveis	Coefficiente	Intervalo de confiança
<b>Acesso *</b>	VI.13.1	A agenda de atendimento odontológico garante a consulta por demanda e agendamento?	--	--
	VI.13.6	As consultas na Unidade são agendadas em qualquer dia e qualquer horário?	--	--
	VI.13.7	A Equipe de Saúde Bucal garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?	--	--
	VI.18.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?	--	--
	VI.19.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atendimento em crianças de até 5 anos de idade?	--	--
<b>Resolutividade</b>	VI.16.5.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza drenagem de abscesso?	1.16	1.08 - 1.24
	VI.16.5.6	A ESB realiza acesso a polpa dentária	2.23	2.08 - 2.38
	VI.16.5.7	A ESB realiza aplicação tópica de flúor?	1.54	1.38 - 1.69
	VI.16.5.8	A ESB realiza exodontia de dente decíduo?	2.54	2.29 - 2.78
	VI.16.5.9	A ESB realiza exodontia de dente permanente?	2.04	1.86 - 2.22
	VI.16.5.11	A ESB realiza restauração de resina composta?	1.72	1.57 - 1.87

	VI.16.5.12	A ESB realiza restauração de dente decíduo?	2.75	2.47 - 3.02
	VI.16.5.13	A ESB realiza pulpotomia?	2.09	1.95 - 2.23
	VI.16.5.14	A ESB realiza raspagem, alisamento e polimento supra gengivais?	1.80	1.65 - 1.94
	VI.16.5.15	A ESB realiza tratamento da alveolite?	1.66	1.55 - 1.77
	VI.16.5.16	A ESB realiza ulotomia/ulectomia?	1.17	1.10 - 1.24
<b>Processo de Trabalho</b>	VI.7.1	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas atividades mensalmente?	1.19	1.12 - 1.26
	VI.7.2	A Equipe de Saúde Bucal realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?	1.88	1.79 - 1.97
	VI.7.3	A ESB recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	2.79	2.63 - 2.95
	VI.7.4	A gestão disponibiliza para a ESB informações que auxiliem a análise de situação de saúde?	3.24	3.02 - 3.47
	VI.13.5	A agenda da Equipe de Saúde Bucal está organizada para ofertar atividades de educação em saúde bucal no território?	1.43	1.34 - 1.52
	VI.22.1	A Equipe de Saúde Bucal realiza atividades na escola/creche?	1.28	1.19 - 1.36
<b>Coordenação do Cuidado</b>	VI.14.1	A equipe de saúde bucal tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?	2.55	2.40 - 2.69
	VI.15.1	Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para as especialidades odontológicas?	1.14	1.09 - 1.20
	VI.15.2	Com que frequência os profissionais da Equipe de Saúde Bucal entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?	2.16	2.05 - 2.27
	VI.15.3	Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado?	2.32	2.19 - 2.45
	VI.17.2	A Equipe de Saúde Bucal possui referência para encaminhar os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?	1.32	1.25 - 1.39
<b>Infraestrutura</b>	V 7.6	Possui cadeira odontológica?	3.71	3.21 - 4.21
	V 7.7	Possui cuspeira?	1.85	1.67 - 2.02
	V 7.8	Possui sugador?	2.94	2.62 - 3.26
	V 7.9	Possui refletor?	3.89	3.34 - 4.44
	V 7.10	Possui mocho?	2.55	2.28 - 2.81
	V 7.12	Possui caneta de alta rotação?	3.31	2.93 - 3.69
	V 7.13	Possui caneta de baixa rotação?	1.62	1.47 - 1.76
	V 7.14	Possui compressor de ar com válvula de segurança?	1.96	1.78 - 2.14
	V 7.15	Possui fotopolimerizador?	1.98	1.80 - 2.16
	V 9.9	Possui brocas diversas?	1.91	1.73 - 2.10
	V 9.12	Possui luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas?	1.67	1.51 - 1.83

\* A dimensão Acesso e acolhimento não teve seus coeficientes de discriminação, nem seus respectivos Intervalos de Confiança, gerados pela TRI devido ao não ajuste do modelo.

Fonte: Próprio autor.

Neste contexto, avançamos com os resultados deste estudo ao apresentar a Tabela 2 que aborda a distribuição das equipes de saúde segundo a qualidade da assistência à saúde bucal por dimensões analisadas e por regiões brasileiras. A análise da qualidade da saúde bucal foi realizada através das dimensões: resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura.

**Tabela 2.** Distribuição das equipes de saúde segundo a qualidade da assistência à saúde bucal por dimensões analisadas e por regiões brasileiras. Natal, RN, 2019.

DIMENSÃO	BRASIL/ REGIÃO					
	BRASIL	NORTE	NORDESTE	CENTRO OESTE	SUDESTE	SUL
<b>Saúde Bucal</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Boa	4448 (25,1%)	409 (32,9%)	1624 (21,5%)	515 (33,4%)	1182 (24,2%)	718 (29,1%)
Regular	9414 (53,2%)	373 (30,0%)	3649 (48,3%)	643 (41,7%)	3206 (65,5%)	1543 (62,5%)
Ruim	3845 (21,7%)	461 (37,1%)	2289 (30,3%)	385 (25,0%)	503 (10,3%)	207 (8,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>17707 (100%)*</b>	<b>1243 (100%)*</b>	<b>7562 (100%)*</b>	<b>1543(100%)*</b>	<b>4891(100%)*</b>	<b>2468 (100%)*</b>
<b>Resolutividade</b>						
Boa	5827 (32,2%)	401 (31,7%)	2723 (35,4%)	534 (34,0%)	1507 (30,0%)	662 (25,9%)
Regular	8968 (49,5%)	443 (35,1%)	2987 (38,8%)	730 (46,4%)	3125 (62,2%)	1683 (65,9%)
Ruim	3319 (18,3%)	419 (33,2%)	1990 (25,8%)	308 (19,6%)	395 (7,9%)	207 (8,1%)
<b>TOTAL</b>	<b>18114(100%)</b>	<b>1263(100%)</b>	<b>7700(100%)</b>	<b>1572 (100%)</b>	<b>5027(100%)</b>	<b>2552(100%)</b>
<b>Processo de Trabalho</b>						
Boa	8521 (47,0%)	426 (33,7%)	3964 (51,5%)	567 (36,1%)	2468 (49,1%)	1096 (42,9%)
Regular	5355 (29,6%)	355 (28,1%)	2110 (27,4%)	492 (31,3%)	1556 (31,0%)	842 (33,0%)
Ruim	4238 (23,4%)	482 (38,2%)	1626 (21,1%)	513 (32,6%)	1003 (20,0%)	614 (24,1%)
<b>TOTAL</b>	<b>18114(100%)</b>	<b>1263(100%)</b>	<b>7700(100%)</b>	<b>1572(100%)</b>	<b>5027(100%)</b>	<b>2552(100%)</b>
<b>Coordenação do Cuidado</b>						
Boa	5027 (27,8%)	588 (46,6%)	2437 (31,6%)	564 (35,9%)	986 (19,6%)	452 (17,7%)
Regular	6414 (35,4%)	220 (17,4%)	2340 (30,4%)	390 (24,8%)	2389 (47,5%)	1075 (42,1%)
Ruim	6673 (36,8%)	455 (36,0%)	2923 (38,0%)	618 (39,3%)	1652 (32,9%)	1025 (40,2%)
<b>TOTAL</b>	<b>18114(100%)</b>	<b>1263(100%)</b>	<b>7700 (100%)</b>	<b>1572(100%)</b>	<b>5027(100%)</b>	<b>2552(100%)</b>
<b>Infraestrutura</b>						
Boa	14805 (83,6%)	929 (74,7%)	6086 (80,5%)	1336 (86,6%)	4369 (89,3%)	2085 (84,5%)
Regular	2415 (13,6%)	235 (18,9%)	1166 (15,4%)	189 (12,2%)	475 (9,7%)	350 (14,2%)
Ruim	487 (2,8%)	79(6,4%)	310 (4,1%)	18 (1,2%)	47 (1,0%)	33 (1,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>17.707(100%)*</b>	<b>1243(100%)**</b>	<b>7562(100%)**</b>	<b>1543(100%)**</b>	<b>4891(100%)**</b>	<b>2468(100%)**</b>

\* A análise da Saúde Bucal apresentou 407 dados ausentes, destes: 20 foram no território Norte; 138 na região Nordeste, 29 no Centro Oeste, 136 no Sudeste e por fim, 84 no território Sul.

\*\* A dimensão infraestrutura também apresentou 407 dados ausentes, destes: 20 foram na região Norte; 138 no Nordeste, 29 no território Centro Oeste, 136 no Sudeste e por fim, 84 na região Sul.

Fonte: Próprio autor.

Dentre os resultados apresentados nesta tabela, destacam-se os relativos à qualidade da saúde bucal. No Brasil, das equipes analisadas, 25,1% foram consideradas boas; 53,2% regulares e 21,7% ruins. Logo, quando se analisa os territórios com as equipes melhores avaliadas no critério qualidade de saúde bucal, é possível inferir que as equipes inseridas nas regiões Sul e Sudeste apresentaram os melhores resultados no critério qualidade da saúde bucal.

Ao tratar sobre a dimensão resolutividade, pode-se observar que o Sudeste e o Sul apresentam padrões de qualidade melhores, apresentando aproximadamente 8% de equipes classificadas como “ruim”. Entretanto, o território Norte é o que apresenta o padrão de qualidade pior. As equipes consideradas boas estão inseridas no Nordeste e

Centro Oeste, e o maior percentual de equipes consideradas regulares, nos territórios Sudeste e Sul.

Quanto à dimensão processo de trabalho, pôde-se observar que o Sudeste e o Nordeste apresentam padrões de qualidade melhores, apresentando, percentuais maiores de equipes registradas como “boa” e menores, de equipes classificadas como “ruim”. Por outro lado, no território Sul estão inseridas as equipes enquadradas como “regular”.

No tocante ao estudo da dimensão coordenação do cuidado, do total de equipes analisadas no país, pode-se observar que as regiões Norte e Centro Oeste apresentam padrões de qualidade melhores. Por outro lado, o território Sul é o que apresenta o padrão de qualidade pior, com 40,2% das equipes avaliadas com o padrão de qualidade ruim. O maior percentual de equipes consideradas “regular” estão localizadas nas regiões Sul e Sudeste.

Para o estudo da dimensão infraestrutura, ao consideramos o contexto nacional, pôde-se observar que o Sudeste, o Centro Oeste, e o Sul apresentam padrões de qualidade melhores. Sendo o Sudeste, a região que apresenta o melhor padrão de qualidade relacionado à infraestrutura. Já as regiões Nordeste e Norte apresentam os piores padrões de qualidade, entretanto, o território Norte é o que apresenta o padrão de qualidade pior.

Concernente à análise bivariada multinível relacionada a qualidade da saúde bucal com a variável independente (IDHM), a hipótese de que quanto melhor o IDH, melhor seria a qualidade de assistência à saúde bucal na atenção primária segundo os dados do PMAQ-AB não se confirmou. Não houve diferença significativa da qualidade da assistência à saúde bucal entre municípios com melhor IDH em relação aos de baixo IDH, conforme as informações expressas na tabela 3.

**Tabela 3.** Análise bivariada entre a qualidade da saúde bucal e a variável contextual.

Natal, RN, 2019.

Variável	Qualidade da assistência à saúde bucal				
	Boa N(%)	Regular/Ruim N(%)	RP	LI (IC95%)	LS (IC95%)
<i>Nível (municípios)</i>					
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)</b>					
Alto IDH-M	2.237 (25,36%)	6.584 (74,64%)	1		
Baixo IDH-M	2.211 (24,88%)	6.675 (75,12%)	1,017	0,982	1,054

Fonte: Próprio autor.

## DISCUSSÃO

O resultado que chama mais atenção no presente estudo é que apenas um quarto das equipes de saúde bucal são consideradas boas quanto à qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil. Diante desta realidade, destacamos que esta é uma situação preocupante, principalmente, ao se considerar que os critérios utilizados referem-se a condições mínimas na assistência. É possível observar que a magnitude das diferenças regionais ainda se manifesta nas dimensões analisadas, pois, a região sudeste apresentou supremacia em relação as demais em todas as dimensões analisadas. No critério “resolutividade”, vem seguido da região Sul; no critério “processo de trabalho”, pela região Nordeste; na “coordenação do cuidado”, pelo território Norte e, por fim, na “Infraestrutura” pelo Centro Oeste. No entanto, quando analisado o critério “qualidade de saúde bucal no Brasil”, a região Sul obteve o melhor percentual dentre as regiões citadas, quando são analisados os critérios bom e regular agregados.

Neste sentido, em um estudo análogo publicado por Miclos *et al.*<sup>12</sup> sobre avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros observa-se que o sul apresenta maior percentual dos resultados satisfatórios, seguido da região sudeste, enquanto a região norte apresenta-se com o menor percentual de municípios nessa condição<sup>12</sup>. Estes achados corroboram com os resultados encontrados na nossa pesquisa, pois, a qualidade da assistência é pior na região Norte e melhor no Sul e Sudeste. Destaca-se que cuidados

de alta qualidade envolvem uma avaliação completa, detecção de condições assintomáticas e coexistentes, diagnóstico preciso, tratamento adequado e oportuno, encaminhamento quando necessário para cuidados hospitalares e cirurgia, e a capacidade de acompanhar o paciente e ajustar o tratamento, conforme necessário<sup>9</sup>.

Como a dimensão acesso não gerou variável latente abordaremos alguns aspectos importantes para termos a excluído deste estudo. Neste ponto cabem algumas considerações sobre acesso que podem provocar uma discussão mais ampliada sobre esta dimensão. Neste estudo a dimensão “acesso” não foi usada para criar o indicador de qualidade geral, pois não gerou variável latente. No campo da saúde bucal, há discussão da influência do acesso na qualidade da assistência, uma vez que o acesso aos serviços odontológico não necessariamente se traduz em melhoria da saúde bucal dos indivíduos. Em recente estudo, Ely *et al.*<sup>13</sup> sugerem que a expansão do acesso com a inserção de equipes de saúde bucal, não se traduziu em melhor saúde bucal, pois observaram que jovens de áreas não cobertas por equipes de saúde bucal perderam menos dentes que adolescentes inseridos em áreas cobertas por equipes de saúde bucal<sup>13</sup>.

Além disso, Chaves *et al.*<sup>14</sup> relatam que o esforço para ampliação do financiamento, infraestrutura e recursos humanos não produziram ampliação em termos de acesso, pois não houve aumento da cobertura da primeira consulta odontológica (indicador que reflete acesso ao sistema público) e esta é uma questão problemática, portanto, merece melhor aprofundamento<sup>14</sup>.

É importante reforçar que acesso sem qualidade pode ser considerado uma promessa de cobertura universal de saúde vazia<sup>3</sup>. Além do mais, historicamente, o acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas se acostumassem a só procurar atendimento odontológico em casos de dor<sup>15</sup>. Assim sendo, é necessário o esforço coletivo da gestão e das Equipes da Saúde Bucal para a

construção efetiva e de qualidade da dimensão acesso, através da reorganização do processo de trabalho de acordo as necessidades do território e criação de formas participativas que denotem a ampliação da porta de entrada. Fabel et al.<sup>16</sup> relatam que o desafio persiste e reside na construção de uma rede de cuidados a saúde bucal coerente com os princípios do SUS, que possa garantir os cuidados nos três níveis de atenção<sup>16</sup>.

Na dimensão processo de trabalho, o Nordeste apresentou o melhor padrão de qualidade. Este desenho traz a leitura que o padrão de qualidade já está melhorando em algumas áreas. Uma das explicações para isso pode estar relacionada à implantação da ESF que iniciou no estado Ceará (localizado no Nordeste) através da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros<sup>17</sup>. O objetivo de qualificar o trabalho e não apenas melhorar dados estatísticos pode ter sido um dos pontos fundamentais para trazer o Nordeste com uma boa qualidade na dimensão processo de trabalho.

Cabe ressaltar também que os padrões de processo de trabalho que formaram a variável latente para a análise da qualidade são de fundamental importância para que o processo de trabalho se concretize. Entre eles: monitoramento e análise dos indicadores; planejamento e programação das atividades e apoio da gestão. É importante salientar que em estudo análogo, realizado em Pernambuco e publicado recentemente por Viana *et al.*<sup>18</sup> sobre avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na AP, também com dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB, os resultados corroboram com os achados desta pesquisa ao serem identificadas correlações entre os indicadores de urgência odontológica, cobertura de escovação dental supervisionada e tratamentos concluídos nos estratos de qualidade relacionados ao processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal<sup>18</sup>.

Ceccim<sup>19</sup> afirma que torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho ordenados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em

equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. E ainda sugere a construção de equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras uns nos outros na equipe e orientadas para a resolutividade dos problemas de saúde das populações, caso contrário será colocada em risco a qualidade do trabalho<sup>19</sup>. Logo, é necessário pontuar que a disponibilidade de pessoal não garante, por si só, um bom atendimento. A prioridade é o contínuo desenvolvimento profissional para garantir que os profissionais de saúde mantenham e melhorem seus conhecimentos e habilidades - abrangendo uma ampla gama de competências no trabalho<sup>3</sup>.

No tocante à resolutividade, um estudo sobre a comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento tradicional e Saúde da Família, em Pelotas no Rio Grande do Sul relata que há diferenças favoráveis ao grupo Equipes de Saúde Bucal (eSB), na média da razão de tratamentos concluídos/primeiras consultas odontológicas programáticas. Os autores também afirmam que a resolução da necessidade deve incluir o tratamento concluído, ou seja, a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas<sup>20</sup>. Neste mesmo contexto, em uma pesquisa realizada em Marília (SP), Bulgareli *et al.*<sup>2</sup> afirmam que fica evidente que as unidades de saúde da família apresentaram melhores índices de resolutividade que as unidades tradicionais<sup>2</sup>.

Ainda neste contexto, Rodrigues *et al.*<sup>21</sup> Identificaram inquietações de grande parte dos profissionais em tornar a assistência resolutiva e preocupação com o retorno dos usuários ao serviço, para dar continuidade ao tratamento; prioridades de atendimento da demanda espontânea, com ênfase nas emergências e urgências e dificuldade em realizar levantamentos para reconhecer as necessidades da população adscrita a sua unidade de saúde<sup>21</sup>.

Cabe destacar que em uma análise descritiva do PMAQ-AB em Pernambuco observou-se que a maioria das equipes de saúde bucal refere a disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal. Em pouco menos de 20% das equipes, a disponibilidade de insumos odontológicos para procedimentos restauradores foi limitada<sup>22</sup>. Estes achados corroboram com os resultados encontrados na nossa pesquisa, pois, a infraestrutura é considerada “boa” (80,5%) nos estados do Nordeste.

Ainda neste contexto é importante relatar que embora insumos como medicamentos e equipamentos sejam comumente contados em pesquisas, estes são fracamente relacionados à qualidade de atendimento que as pessoas recebem<sup>9</sup>. Ou seja, infraestrutura adequada não equivale necessariamente a cuidados de alta qualidade<sup>3</sup>. No mais, Corrêa e Celeste<sup>5</sup> ressaltam que um mínimo de estrutura é necessário, mas não suficiente para garantir cuidados de elevada qualidade, pois estes também dependem de outros fatores. Os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com os autores supracitados, pois houve poucas disparidades regionais ao analisarmos esta dimensão.

Cabe ressaltar que os padrões de infraestrutura que formaram a variável latente para a análise da qualidade são os equipamentos e insumos fundamentais para o pleno funcionamento do consultório odontológico. É válido destacar também que nos achados de Neves et al.<sup>23</sup> em relação às variáveis elencadas no nível da equipe de saúde e dos equipamentos e insumos para atenção odontológica, observou-se maior prevalência de realização de procedimentos odontológicos curativos quando havia alta e baixa rotação<sup>23</sup>. Lorena Sobrinho *et al*<sup>22</sup>, observaram que a maioria dos consultórios odontológicos apresentaram disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal, com exceção da autoclave exclusiva para odontologia, o qual não fora identificado em 65% das unidades<sup>22</sup>.

Para a coordenação do cuidado, o maior percentual de equipes consideradas boas estão inseridas na região Norte. Por outro lado, para esta mesma dimensão observamos que os maiores percentuais de equipes consideradas ruins estão inseridas no território sul. Concernente ao contexto citado, Casotti *et al*<sup>24</sup> sugerem que o alto percentual de respostas afirmativas quanto à garantia da continuidade do tratamento precisa ser mais bem estudado, pois não condiz com os resultados encontrados sobre perfil do agendamento na atenção primária e sobre o acesso a outros níveis de complexidade, particularmente nas regiões Norte e Nordeste<sup>24</sup>. Da mesma forma que os autores supracitados, é fundamental importância a realização de novas pesquisas com outras abordagens metodológicas para verificar estes achados.

Para Mendes<sup>17</sup>, as falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde a outra, no caso entre a ESF e a unidade de AAE (Atenção Ambulatorial Especializada), e manifestam-se por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações<sup>17</sup>. Em seus achados Starfield<sup>6</sup> relata que na maioria dos estudos, a coordenação da atenção é considerada fraca, é por isso também que a autora relata que alcançar a coordenação é um desafio para profissionais de atenção primária devido à fatores como: multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares<sup>6</sup>.

A hipótese de que quanto melhor o IDHM, melhor seria a qualidade de assistência à saúde bucal na atenção primária segundo os dados do PMAQ-AB, não se confirmou. A diferença pode não ter sido encontrada porque ao analisarmos o padrão regular na mesma categoria do ruim pode ter mascarado a diferença de baixo IDH com alta cobertura da saúde da família. Na análise bivariada multinível da variável independente (IDHM) com a variável dependente (qualidade de saúde bucal), os resultados encontrados revelam que

estatisticamente não há diferença significativa entre os municípios com alto e baixo IDHM.

Recentemente, Tomasi *et al.*<sup>25</sup> encontraram resultados que corroboram com os nossos achados e afirmam que seria esperado que padrão contrário ao do IDH fosse observado, e que quanto maior o número de ESF, mais qualidade na atenção às gestantes, mas as diferenças não apresentaram nenhum padrão nem foram significativas estatisticamente<sup>25</sup>.

Embora não tenhamos encontrado achados significativos ao associar o IDH à qualidade de assistência à saúde bucal, um ponto que precisa ser discutido é a desigualdade social, pois está fortemente associada às dimensões que estudamos para construir a variável qualidade de saúde bucal. Peres *et al.*<sup>26</sup> relatam que as desigualdades entre os grupos sociais ainda é grande e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, uma vez que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres<sup>26</sup>.

Assim sendo, é possível compreender as relações de desigualdade, em seu sentido mais amplo, como construções sociais localizadas historicamente e estabelecidas de forma arbitrária em diferentes momentos históricos e sociais. Entre o rol de justificativas para essas diferenciações está a localização geográfica (rural/urbano, norte/sul, centro/periferia)<sup>27</sup>. Logo, as proporções de pessoas que nunca foram ao dentista segundo renda são mais desiguais entre os mais jovens, o que agrava a situação, considerando que os principais agravos bucais, como a cárie dentária, iniciam-se precocemente, atingindo a dentição decídua<sup>26</sup>.

É oportuno ressaltar, também, que a qualidade deficiente dos cuidados não contribui apenas para o ônus global das doenças e necessidades de saúde não atendidas, mas também exerce um impacto econômico substancial, com consideráveis implicações de custo para sistemas de saúde e comunidades em todo o mundo<sup>3</sup>. Embora os sistemas de

saúde tenham uma aparência diferente e em distintas configurações, todas as pessoas devem poder contar com o recebimento cuidados de alta qualidade que melhorarão sua saúde e ganharão sua confiança. É hora de repensar nossas abordagens passadas: cobrar e investir mais neste crucial determinante da saúde<sup>9</sup>.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao uso de dados secundários e que eles se referem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB no segundo ciclo, e não ao total de unidades básicas de saúde no Brasil.

## CONCLUSÕES

O principal achado deste estudo é que apenas 25% das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB são consideradas boas referente a qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil. Outra descoberta importante é que não há diferença estatisticamente significativa na análise da qualidade entre os municípios com alto e baixo IDH. Analisar a qualidade da saúde bucal deve ser objeto de trabalho dos profissionais de saúde, gestores, formuladores de política, governo e sociedade civil para que, de fato, se realize a melhora contínua da qualidade dos cuidados em saúde.

No mais, é imprescindível estimular a revisão dos processos de trabalho e planejamento exercidos pelas eSB, bem como a realizar, de fato, a coordenação do cuidado, para que as ações efetivamente transformem as condições de saúde bucal e melhorem a qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

1. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciênc. Saúde Coletiva*. janeiro de 2015; 20 (1): 239-248.
2. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (2): 383-391.
3. OMS. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for

- Economic Co-operation and Development, and The World Bank. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2018.*
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010. Brasília: MS; 2011.
  5. Corrêa GT, Celeste RK. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31 (12): 2588-2598.
  6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
  7. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49 (98): 1-12.
  8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Radar IDHM : evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. – Brasília: IPEA:PNUD:FJP;2019.  
[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34682](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34682)
  9. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-dewan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health Commission.* 2018; 18 (30386-3): 1-57. Dói: <http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X>.
  10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília: MS; 2015.
  11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Relatórios Analíticos. Brasília: MS; 2019. Disponível em: <[http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat\\_analiticos/inicial/relatorios/#](http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat_analiticos/inicial/relatorios/#)> Acesso em: 06 agosto 2019.
  12. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético Saúde debate. 2015; 39 (107): 984-996.
  13. Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Pattussi MP. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016; 21 (5): 1607-1616.
  14. Chaves SC, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22 (6) 1791-1803.
  15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2016.
  16. Fahel, M.; Silva, M. P.; Xavier, D. O. A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: De Alma Ata ao Programa Mais Médicos. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2018.
  17. Mendes, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
  18. Viana IB, Moreira RS, Martelli PJJ, Oliveira ALS, Monteiro IS. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014\*. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2019; 28(2):1-12 e2018060. doi: 10.5123/S1679-49742019000200015
  19. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, set.2004/fev.2005; 9 (16):161-77.

20. Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24 (3): 545-550.
21. Rodrigues AAAO, Assis MMA, Nascimento MAA, Fonsêca GS, Siqueira DVS. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido baiano. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2012; 35 (3):695 – 709. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/326>>. Acesso em: 26 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n3.a326>.
22. Lorena sobrinho JE, Martelli PJJ, Albuquerque MSV, Lyra TM, FARIAS SF. Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*. 2015; 39, (104): 136-146.
23. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24 (5): 1809-1820.
24. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldan MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38 (especial): 140-157.
25. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33 (3): 1-11.
26. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (2): 250-258.
27. Mello, J. Estratégias de superação da pobreza no Brasil e impactos no meio rural. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

## 8 CONCLUSÕES

O principal achado deste estudo é que apenas 25% das equipes de saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB são consideradas boas referente a qualidade da assistência à saúde bucal no Brasil. Outra descoberta importante é que não há diferença estatisticamente significativa na análise da qualidade entre os municípios com alto e baixo IDH. Analisar a qualidade da saúde bucal deve ser objeto de trabalho dos profissionais de saúde, gestores, formuladores de política, governo e sociedade civil para que, de fato, se realize a melhora contínua da qualidade dos cuidados em saúde.

A magnitude das diferenças regionais ainda se manifesta nas dimensões analisadas, pois, a região sudeste apresentou supremacia em relação as demais em todas as dimensões analisadas e o território norte apresentou a pior qualidade na assistência à saúde bucal. Assim sendo, a partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, no Brasil, a qualidade da saúde bucal é considerada “regular” em sua maioria. No que diz respeito às dimensões infraestrutura e processo de trabalho a qualidade é considerada “boa”. Para o critério resolutividade é considerada “regular”. No entanto, o nó crítico está apresentado na dimensão coordenação do cuidado, pois a maioria das equipes encontra-se inserida no critério “ruim”.

Esta pesquisa servirá de base para pesquisas futuras, tanto para comparação entre os resultados do segundo ciclo do PMAQ – AB com o primeiro e terceiro ciclos do referido programa, quanto para o estudo comparativo com ciclos vindouros. Além disso, poderá possibilitar a análise das dimensões resolutividade, processo de trabalho, coordenação do cuidado e infraestrutura. No mais, é imprescindível estimular a revisão dos processos de trabalho e planejamento exercidos pelas eSB, bem como a realizar, de fato, a coordenação do cuidado, para que as ações efetivamente transformem as condições de saúde bucal e melhorem a qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M; FURTADO, J. P. (Orgs.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos** – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.239-248, jan. 2015.

ARCAYA, M.C., ARCAYA, A.L., SUBRAMANIAN, S.V. Inequalities in health: definitions, concepts and theories. **Global Health Accion**.v.8, n. 27106, p. 1-12, 2015. Dói: [10.3402/gha.v8.27106](https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106).

BARBOSA S. P. *et al.* Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BARBATO, P. R; NAGANO, H.C.M; ZANCHET, F.N; BOING, A. F; PERES, M. A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1803-1814, ago, 2007.

BEZERRA, M. M; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, v. 42, número especial 2, p. 188-202, 2018.

BOERMA, W.G.W. Coordenação e integração em atenção primária europeia. *In*: SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed.). **Atenção Primária conduzindo Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia**. New York: Open University Press, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Projeto SB Brasil. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Seminário de apresentação dos resultados iniciais da implantação do projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Cadernos de Atenção Básica, nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade.** Brasília, DF: 2011b.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica Portaria N° 2. 436,** Setembro, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Estudos Legislativos – CEDI. **Portaria n.1444, de 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica.** Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>> Acesso em: 12 junho 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios Analíticos.** Disponível em: <[http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat\\_analiticos/inicial/relatorios/](http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat_analiticos/inicial/relatorios/) /#> Acesso em: 06 agosto 2019b.

BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.; BUENO, P. A. R.; MOYSÉS, S.J. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v.36, n.1, p.17-23, 2014.

BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T. *Millennium development goals and oral health in cities in Southern Brazil.* **Community Dent Oral Epidemiol,** v. 38, n. 3, p.197–205, 2010..

BULGARELI, J. *et al.* A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.19, n.2, p.383-391, 2014.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate,** v. 38, n. Especial, p. 252-264, 2014.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B; HURTADO, M. P.; BERK, R. A.; NANDA, J. P.; FRIEDENBERG, L. A. *Measuring consumer experiences with Primary Care.* **Pediatrics,** v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

- CASOTTI, E.; CONTARATO, P. C.; FONSECA, A. B. M.; BORGES, P. K. O.; BALDANI, M. H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 140-157, out. 2014.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.935-947, 2011.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde:desafio ambicioso e necessário.**Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- CHAVES,S.C.*et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22, n.6, p.1791-1803, 2017.
- CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.12, p.2588-2598, dez. 2015.
- D'AVILA, O. P. *et al.* O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22, n.3, p.855-865, 2017.
- DONABEDIAN, A. *Basic approaches to assessment: structure, process and outcome*. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor,Michigan: Health Adiministration Press. v. I, p. 77-125, 1980.
- DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. *Science* 200, 1978.
- DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, Chicago, v. 114, n.11, p.1115-1118, nov. 1990.
- ELY,H.C; ABEGG. C; CELESTE, R.K; PATTUSSI, M.P. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1607-1616, 2016.
- ESCOREL S, G. L; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 21, n. 2, p.164-76, 2007.
- FAHEL, M.; SILVA, M. P.; XAVIER, D. O. **A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: De Alma Ata ao Programa Mais Médicos**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2018.
- IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Radar IDHM : evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. – Brasília : IPEA : PNUD : FJP, 2019.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KRUK, M. E; GAGE, A. D; ARSENAULT, C. *et al.* *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution.* **The Lancet Global Health Commission**, v. 18, n. 30386-3, p. 1-57, 2018. Dóí: <http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X>.

LORENA SOBRINHO, J. E.; MARTELLI, P. J. L.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F. Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.1, p. 1-8, 2007.

MELLO, J. **Estratégias de superação da pobreza no Brasil e impactos no meio rural.** Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

MICLOS, P.V.; CALVO, M.C.M.; COLUSSI, C.F.; Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. **Saúde debate.** v.39, n.107, p.984-996, 2015.

MOURA, F.R.R; BISSACOTTI, P.R.C; BASTOS, F.A; SANTOS, R.B; DEMARCO F.F; TOVO, M.F. Processo de trabalho do sistema de referência e contra-referência da área da Odontologia. **Revista da ABENO**, v.10, n.1, p.29-36, 2010.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A; HUGO, F.N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p.1809-1820, 2019.

NICO, L. S. *et al.* Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.21, n.2, p.389-398, 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. especial, p.158-64, 2013.

OMS. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Organização Mundial da Saúde 2010

OMS. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.** Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-

*operation and Development, and The World Bank. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2018.*

PAEGLE, A. C. R. O.; SOUZA, E. L. A., OLIVEIRA, P. A. Coordenação das Equipes de Saúde Bucal: Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ). **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. v.12, n.4, p.497-503, 2012.

PERES, K.G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública**.v.46, n.2, p.250-258, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PINTO, H. A. S., SOUSA, A. N. A., FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 358-372, 2014.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano dos municípios. PNUD; 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking#>> Acesso em: 04 de julho 2019.

RODRIGUES, A. A. A. Oliveira et al. SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO SEMIÁRIDO BAIANO. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 695 - 709, set. 2012. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/326>>. Acesso em: 26 ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n3.a326>.

SCARPARO, A.; ZERMIANI, T. C.; DITTERICH, R. G.; SILVA, J. V. P.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.8, p.2539-2548, 2015.

SILVA, J.V.; MACHADO, F.C.A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.8, p.2539-2548, 2015.

SOUZA, M. F. *et al.* Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev Saude Publica**. v.51, n.87, 2017. Dói: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007024>.

SOUZA, E. C. F. D. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M.D.A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev Saúde Pública**, v.49, n. 98, p.1-12, 2015.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, v. 42, número especial 2, p. 233-246, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p.927-934, 2011.

THUROW, L. L.; CASTILHOS, E. D.; COSTA, J. S. D. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 545-550, 2015.

TOMASI, Elaine. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, p.1-11, 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VIANA, I. B. **Qualidade da assistência em saúde bucal na atenção primária em Pernambuco**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

VIANA, I.B.; MOREIRA RS, MARTELLI, P.J.L.; OLIVEIRA, A.L.S.; MONTEIRO, I.S. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014\*. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.28, n.2, p.1-12, 2019. doi: 10.5123/S1679-49742019000200015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, v.25 Sup,n. 2, p.S217-S226, 200

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - JUSTIFICATIVA PARA DISPENSA DO TERMO DE  
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**JUSTIFICATIVA PARA DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

Eu, Marília Guedes da Silveira Arrais, coordenador (a) da pesquisa intitulada **Análise da qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil a partir dos ciclos do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ/AB)**, por este termo solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em razão do exposto abaixo. A pesquisa utilizará os bancos de dados secundários da avaliação externa do Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde da Atenção Básica (PMAQ-AB) referentes ao 1º, 2º e 3º ciclos. Os dados do 1º, 2º ciclos são de livre acesso e estão disponíveis no site do PMAQ ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=microdados](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados)). Para as análises de associação com os indicadores compostos de qualidade da assistência, serão utilizadas variáveis contextuais das características socioeconômicas, demográficas e de assistência dos municípios brasileiros. Logo, serão utilizados bancos de dados de livre acesso que estão disponíveis nos sites do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) referente ao ano de 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS.

Natal, 06 de Agosto de 2018

---

Marília Guedes da Silveira Arrais  
Coordenadora da pesquisa

## APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (Página 1)

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL A PARTIR DOS CICLOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB)

**Pesquisador:** MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 96069018.7.0000.5292

**Instituição Proponente:** MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.932.991

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado: ANÁLISE DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL A PARTIR DOS CICLOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB) trata-se de estudo de mestrado profissional em Saúde da Família. Caracteriza-se como um estudo seccional, ecológico, agregado longitudinal e de série temporal, com a utilização de dados secundários do da avaliação externa do Programa de Melhoria da Qualidade em Saúde da Atenção Básica (PMAQ-AB) referentes ao 1º, 2º e 3º ciclos.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral descrito pela pesquisadora é: analisar a qualidade da saúde bucal no Brasil e identificar os fatores contextuais socioeconômicos e demográficos associados, a partir da avaliação externa do PMAQ.

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- analisar a qualidade da assistência à saúde bucal considerando as dimensões de acesso e acolhimento, resolutividade, coordenação do cuidado, processo de trabalho, gestão e infraestrutura a partir dos critérios observados nas unidades, nas entrevistas com os profissionais e nas entrevistas com os usuários;
- identificar se há diferenças regionais em relação à qualidade da assistência à saúde bucal; comparar a qualidade da assistência à saúde bucal das regiões e das capitais com a média

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 50.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3302-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

## APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (Página 2)

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.932.891

nacional;

- Identificar os fatores socioeconômicos e demográficos contextuais associados à qualidade da assistência à saúde bucal;
- comparar a qualidade da assistência em saúde bucal entre os três ciclos do PMAQ.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios são apresentados pela pesquisadora. Estes referem-se a riscos mínimos para os participantes uma vez que os dados não trazem identificação dos entrevistados, pois são de bancos públicos, disponíveis no link ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=microdados](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados)). Além disso, serão utilizados bancos de dados de livre acesso que estão disponíveis nos sites do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) referente ao ano de 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Como benefícios apresentados, a pesquisa pode trazer contribuições para o planejamento e avaliação das atividades relacionadas a Saúde Bucal (SB) na Atenção Primária em Saúde (APS).

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante para a área da saúde coletiva/saúde da família e poderá trazer importantes contribuições na interface com a área da Odontologia. Está bem descrita e documentada adequadamente.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os documentos necessários para submissão ao CEP. A pesquisadora apresentou a Justificativa de Dispensa do TCLE, que se adequa ao tipo de estudo a ser realizado, em acordo com a Res. 466/12.

#### **Recomendações:**

Não há recomendação específica para esta pesquisa, apenas que os dados sejam amplamente divulgados pela magnitude de suas contribuições.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considero a referida pesquisa viável, contemplando os princípios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos (adequa-se às normas da Resolução 466/12).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 820 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado			
Bairro: Petrópolis		CEP: 50.012-900	
UF: RN	Município: NATAL		
Telefone: (84)3342-5003	Fax: (84)3202-3941	E-mail: cep_huof@yahoo.com.br	

## APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (Página 3)

UFRN - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ONOFRE  
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.932.991

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1212019.pdf	11/09/2018 08:59:39		Aceito
Orçamento	ORCAMENTOFINPROPRIO.docx	11/09/2018 08:58:52	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTADEANUENCIAHOUL.pdf	05/09/2018 16:11:14	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEHOUL.pdf	05/09/2018 16:09:41	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	IDENTIFICACAOPEQUISADOR.docx	05/09/2018 16:09:01	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOPRONTAHUOL.pdf	05/09/2018 16:08:18	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMSFversao5CEPvTatyana.docx	05/09/2018 14:48:48	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/09/2018 14:38:23	MARILIA GUEDES DA SILVEIRA ARRAIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 02 de Outubro de 2018

Assinado por:  
Jose diniz Junior  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 820 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 50.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3041 E-mail: cep\_hud@yahoo.com.br

